



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

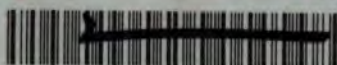
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

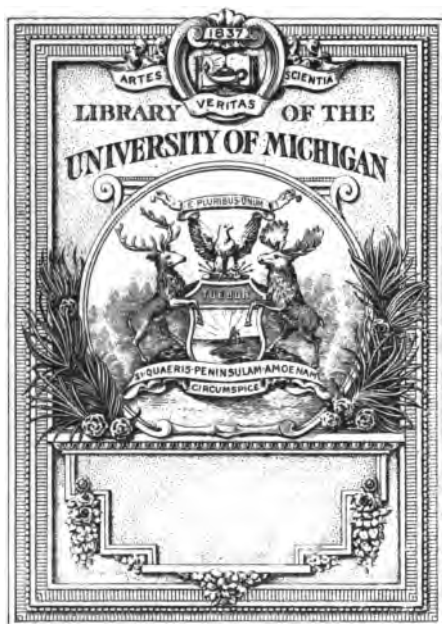
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

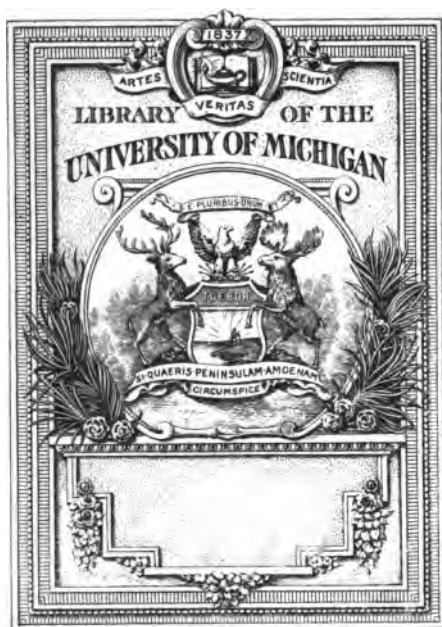
Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A 3 9015 00381 018 4
University of Michigan – BUHR



J, 5
S678
A53



600, 5

S678

A53

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT.

Pour les Membres de la Société	{	Paris	4 fr.
		Départ.	5 50
Pour les abonnés étrangers à la Société.	{	Paris.	5
		Départ.	6 50

N. B. On s'abonne, par *lettres affranchies*, au **BUREAU DU JOURNAL**, rue de la Harpe, 90. Toute lettre que n'accompagnera pas le prix de l'abonnement sera considérée comme non avenue.

Les sept dernières années de la collection sont seules complètes; on peut se les procurer au prix de l'abonnement.

La Société ayant décidé, pour satisfaire aux nombreuses réclamations qui lui étaient adressées, que les premières années du Bulletin seraient réimprimées, la première année est en vente, au prix de l'abonnement.

BULLETINS

DE LA

74353

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS,

RÉDIGÉS

Par MM. CONTOUR, CRUVEILHIER, DEBROU, DEMAUX
DURAND-FARDEL, GAUBRIC, GOSSELIN, LIVOIS, PIGNÉ
RENDU et A. TARDIEU, Secrétaire.

XVII^e ANNÉE.

PARIS,

AU BUREAU DU JOURNAL,

. RUE DE LA HARPE, 90.

1845

LISTE DES MEMBRES
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
XVII^e ANNÉE.

BUREAU.

MM.

Président. — CRUVEILHIER.
Vice-président. — GOSSKLIN.
Secrétaire. — TARDIEU (Ambroise).
Vice-secrétaire. — LIVOIS.
Trésorier. — PIGNÉ.
Archiviste. — DEMEAUX.

MEMBRES HONORAIRES.

MM.

BARON (Charles), ex-int. des hop., chef de clinique de la faculté.
BARTHEZ, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
BRAU, ex-interne des hopitaux, médecin du bureau central.
BECQUEREL, d. m. p., interne des hopitaux.
BELL, ex-interne, bibliothécaire de la faculté.
BÉRAUD, ex-int., prof. à la fac. de Paris, chir. de l'hop. St.-Antoine.
BÉRAUD (Aug.), ex-int.; chirurgien de l'hôpital Necker; etc.
BERGEON, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Moulins).
BINTOT, d. m. p.
BLANDIN, ex-int; prof. à la facul. de Paris, chir. de l'Hôtel-Dieu; etc.
BOINET d. m. p., ex-interne des hopitaux.
BRIÈRE de Boismont, d. m. p.
CAZEAUX, d. m. p., ex-int. des hôp.; ex-chef de clinique de la faculté.
CHÉLUS, professeur de chirurgie à l'université de Heidelberg.
CRUVEILHIER, président perpétuel; ex-int.; prof. à la faculté de Paris, méd. de la Charité.
DEMONVILLIERS, ex-int; chef des trav. anat. prof., agrég.; chir. des hôp.
FABRE, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Tonneins).
FORGET, professeur à la faculté de Strasbourg.
GROFFROY St-Hilaire, membre de l'institut; profess. hon. au muséum.
GIRALDÈS, ex-int.; ex-prosecteur des hopitaux.
GROISOLLE, ex-int. ex-chef de clinique, médecin des hopitaux.

GUÉNEAU DE MUSSY (Noël), d. m. p.; ex-int.; ex-chef de clin. de la fac.
GUÉNARD, médecin de l'hôp. St. Antoine.
HARDY, ex-int., ex-chef de clinique, méd. des hop.
HYRTL, professeur d'anatomie à Prague.
HUGUEN, ex-int.; prof. agrégé; chirurgien des hopitaux.
HUTIN, d. m. p.
JOBERT de Lamballe, ex-int.; chirurgien de l'hôpital St.-Louis.
LACOMBE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
LACROIX, d. m. p., ex-interne; prosecteur à la faculté.
LARRY (Hippolyte), professeur au Val-de-Grâce, agrégé à la faculté.
LAURENCE, d. m. p., ex-interne des hop.
LANEYEU, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
LENOIR, ex-int.; profess. agrégé; chirurg. de l'hôp. de Lourcine.
LETERMEUR, d. m. p., ex-int. des hop. (à Challan, Vendée)
MAISONNEUVE, ex-int.; ex-prosecteur des hop., chir. des hop.
MANEC, ex-int.; ex-prosect. des hop.; chirurgien de la Salpêtrière.
MARTIN ST-ANGE, d. m. p., ex-aide naturaliste au Muséum.
MAROTTE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
MAUROCORDATO, professeur d'anatomie à Athènes.
MAZET, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
MERCIER, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
MICHOX, ex-int.; chirurg. de l'hôpital Cochin.
MONOD, ex-int.; chirurg. de la maison royale de santé.
MONTAULT, ex-interne; ex-chef de clinique de la faculté.
NIVET, d. m. p., ex-int. des hopitaux (à Clermont).
PAILLoux, d. m. p., ex-int. des hop., à Hem (Creuse).
PIGEAUX, d. m. p.
PRESTAT, d. m. p. ex-int. des hop. (à Pontoise).
PINAULT, d. m. p., ex-int.; chirurgien en chef de l'hôp. de Rennes.
RIGAUD, d. m. p., ex-int.; professeur à la faculté, de Strasbourg.
ROBERT, ex-int.; chirurgien de l'hôp. de Beaujon.
ROGER (Henri), ex-interne, médecin des hopitaux.
ROYER-COLLARD (Hippolyte), ex-int.; profess. à la faculté de Paris.
SÉDILLOT, prof. à la fac. de Strasbourg.
SESTIÉ, d. m. p., ex-int.; prof. agrégé à la faculté.
SONNIÉ-MORET, d. m. p., ex-interne des hop. (à Auxerre).
SPITAL, d. m., prés. de la soc. anatomique d'Edimbourg.
THIERRY, d. m. p., ex-aide d'anatomie de la faculté.
VALLÉIX, ex-interne; médecin de la Salpêtrière.
VIGLA, ex-int.; chef de clinique de la faculté.
WELLENBERGH, d. m., prof. à l'école royale, vétérin. des Pays-Bas.
 (à Utrecht)

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

BARTH, ex-int., prof. agrégé de la faculté, méd. des hop.
BERNIE, d. m. p., ex-interne des hopitaux, méd. du Roi.
BOUDRY, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
CAZALIS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
CHASSAIGNAC, prof. agrégé à la faculté; chir. de l'hôp. de Lourcine.

CONTOUR, interne des hopitaux.
DEMEAUX, int. des hop.; aide d'anatomie à la faculté.
DESPRÈS, interne des hopitaux, prosecteur à la faculté.
DIDAT, d. m. p., ex-int.
DURAND-FARDEL, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
GAUBRIC, interne des hopitaux.
GOSSELIN, ex-interne des hopitaux, aide d'anatomie à la faculté.
LAMBON, interne des hopitaux.
LECRONDRE, d. m. p., interne des hopitaux.
LIVOIS, interne des hopitaux.
PIGNÉ, ex-int. des hopitaux, conserv. adj. du musée Dupuytren.
RENDU, ex-int. des hop., aide d'anatomie à la faculté.
TARDIEU (Ambroise), interne des hopitaux.
TAVIGNOT, interne des hopitaux.

MEMBRES ADJOINTS.

MM.

ALTHAM, interne des hopitaux.
AUBRY, Interne des hopitaux.
BAILLARGET, d. m. p., méd. expectant à la Salpêtrière.
BAILLY, interne des hopitaux.
BELIN, interne des hopitaux.
BEROUD, élève des hopitaux.
BLANCHET, élève des hopitaux.
BOUCHER, interne des hopitaux.
BOUCHUT, interne des hopitaux.
BOURDON, interne des hopitaux.
BOURGOING, interne des hopitaux.
CLOQUET (Ernest), interne des hopitaux.
COMIN, interne à Saint Lazare.
COSTILHES, interne à Saint-Lazare.
DEBROU, d. m. p., ex-int. des hopitaux, prosecteur à la faculté.
DELASTRE, interne des hopitaux.
DEPAUL, ex int. des hopitaux, chef de clinique de la faculté.
DEPUISAYE, interne des hopitaux.
DEQUEVAUVILLER, interne des hopitaux.
DESÉTANGS, d. m. p.
DÉSIR, d. m. p., ex-int. des hop.
DURAND, ex-interne des hopitaux.
ESTÉVENET, d. m. p., ex-int, prosecteur des hopitaux.
FAURAYTIER, interne des hopitaux.
FIAUX, interne des hopitaux.
FIGUIÈRES, interne des hopitaux.
FORGET (Amédée), d. m. p., ex-int. des hopitaux.
FORGET (Eugène), d. m. p., ex-int. des hopitaux.
FROMENT, ex-int., aide d'anatomie à la faculté.
GALLERAND.
GONTIER, interne des hopitaux.
GRUBY, d. m.
GUIGNARD, interne des hopitaux.
HÉLOT, interne des hopitaux.
JAMAIN, interne des hopitaux.

JEUNET, élève des hopitaux.
LABOITE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
LEHOMMEAU, interne des hopitaux.
LONGET, d. m. p.
MAILLIOT, élève des hopitaux.
MARJOLIN (R.), d. m. p., ex-interne des hopitaux.
MAUNOURY, interne des hopitaux.
MILCENT, interne des hopitaux.
MOISSENET, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
MOLLOY, d. m. p.
OULMONT, interne des hopitaux.
PATOUILLET, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
PICARD (Eugène).
PIEDAGNEL, ex-int.; médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
POUMET, ex-int. des hopitaux.
PRESSAT, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
RAYMOND, élève des hopitaux.
RILLIET, d. m. p., interne des hopitaux.
ROULLAND, interne des hopitaux.
ROUSSEL, interne des hopitaux.
TARDIEU (Charles), interne des hopitaux.
TENAIN d. m. p.
THIVET, d. m. p.
THORE, interne des hopitaux.
VANNIER, d. m. p.
VILLEBON, d. m. p. (à Rueil)
VOILLEMIEUX, d. m. p. ex-interne des hopitaux.

MEMBRES CORRESPONDANTS.

MM.

AUBANEL, d. m. p., ex-int., méd. de l'hôp. des alién. de Marseille.
BALME-DUGARRAY, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
BARADUC, ex-interne des hopitaux.
BARDINET, d. m. p., ex-interne, prof. adj. à l'éc. prép. de Limoges.
BARRÉ, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
BARRIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
BEAUGRAND, ex-interne des hopitaux.
BRISTÉGUI (Mathias), d. m. p., à Mejico.
BELMAS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
BÉNIQUÉ, d. m. p.
BENNETT d'Edimbourg, d. m.
BERNARD, d. m. p. à Rennes.
BERTRAND, d. m. p., ex-interne des hopitaux
BERTON, d. m. p.
BRESNARD, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
BOWNET, ex-int. des hop., chirurgien en-chef de l'Hôtel-Dieu, à Lyon.
BOUCHACOURT, d. m. p.

BORDEY, d. m. p., à Lorient.
 BOSC, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BOTTU, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BOUCHET, d. m. p.
 BOUDANT, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Granat).
 BOUDRIE, d. m. p. ex-interne des hopitaux.
 BOURGOUIGNON, d. m. p.
 BOYER, d. m. p., ex-int., ex-chef de clinique de la faculté.
 BRAIVE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BRUN, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BURGUIÈRES, d. m. p. ex-interne des hopitaux.
 CAFFE, d. m. p. ex-interne des hopitaux.
 CALLE, d. m. p.
 CAMUS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 CARON DU VILLARDS, d. m. p.
 CARTIER, d. m. p.
 CAZAUVIEUX, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 CHAMBERT, d. m. p., ex-interne à la maison de Charenton.
 CHARCELAY, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Tours.
 CHAVIGNAZ, d. m. p.
 CHOISY, d. m. p., ex-int. des hopitaux, à Chantelle (Allier).
 COLLARD de Martigny, substitut du procureur du roi, à Epinal.
 COLOMBAT (de l'Isère), d. m. p.
 COMBETTE, d. m. p., prof. agrégé à la fac.; méd. des hopitaux.
 COUTURIER, d. m. p., à Lyon.
 DECOUX, d. m. p., à Périgueux.
 DELLERM, d. m. p.
 DELMAS, d. m. p., à Alger.
 DONNÉ, d. m. p., ex-chef de clinique de la faculté.
 DUCHAPT, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 DUCHOS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 DÉFÈRET-MURET, d. m. p., à Limoges.
 DUMESNIL, interne des hopitaux,
 DUMOUTIER, d. m. p., ex-aide d'anatomie à la faculté.
 DUPRÉ, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Bourg (Ain).
 DUPRÉ-LATOUR, d. m. p.
 EAGER, d. m. p., ex-interne des hopitaux à Manchester.
 FAUVEL, d. m. p., ex-interne des hopitaux, chef de clin. à la faculté.
 FINCK, chirurgien de l'armée badoise, à Carlsruhe.
 FLANDIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 FLEURY, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Clermont.
 FOURNET, d. m. p., ex-int. des hop., ex-chef de cl. de la fac.
 FOVILLA, ex-int. des hop. méd. en chef de la maison de Charenton.
 GACHET, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Issoudun.
 GAILLARD, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 GAUSSAILLE, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Verdun.
 GARIEL, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 GÉLY, d. m. p., chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes.
 GENDRON, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Chinon.
 GERARD, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Marseille.
 GIRAUD, d. m. p., ex-int. des hopitaux.

GLUCH, d. m.
GODEFROY, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
GRATIOLET, interne des hopitaux.
GRÉNIER, interne des hopitaux.
GUÉNAUD, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
GUÉRÉTIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
GUERHARD, d. m. à Philadelphie.
GRANT, d. m. à Philadelphie.
GRESLOIS, chirurgien-sous-aide-major.
GUYOT, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Rennes.
HACHE, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Etampes.
HÉLIE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
HERMELIN, d. m. p.
HERPIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux à Tours.
HERVEY, d. m. p. à Troyes.
HEULHARD, d. m. p., à Clamecy.
HOUZETOT, d. m. p., à Meaux.
HUSON, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
IMLIN, ex-chef de clinique à l'école d'Alfort.
ISSARTIER, d. m. p.
JACQUEMIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
JONES, d. m.
JOHNSTON, d. m.
KEANE, d. m. à Londres.
KRAUSS, d. m.
LACOMBE, (Daniel), d. m. p., aux Essarts (Vendée).
LAFONT, d. m. p., ex-interne des hopitaux à Toulouse.
LAFARGUE, d. m. p. ex-interne des hopitaux (à Bordeaux).
LANGENBECK, d. m. à Göttingue.
LAPRE, d. m. p., à Montigny-le-Roi.
LANDOUZY, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Rheims.
LASSERRE, interne des hopitaux.
LARGET-PIET, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
LAURENT, d. m. p., docteur en sciences.
LEBERT, d. m. p. ex-interne des hopitaux (à Nogent le Rotrou).
LEDIBERDER, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Lorient).
LEJEUNE, d. m. p., chirurgien du dépôt de mendicité, à Lyon.
LEGUEY, d. m. p.,
LERICHE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
LEROUX, d. m. p.
LEURET, d. m. p., médecin de l'hospice de Bicêtre.
LEVIEUX, d. m. p., à Bordeaux.
LOGERAI, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
LORRAINE, d. m. p., à Orléans.
MAIGNE, d. m. p.
MALAT, d. m. p.
MALGAIGNE, d. m. p., prof. agr. à la fac., chir. de l'hop. de Bicêtre.
MALHERBE, d. m. p., à Nantes.
MANDL, d. m.
MARCHESSAUX, ex-int. des hopitaux.
MARTINS, d. m. p., ex-interne des hopitaux, prof. ag. à la faculté.

MASCAREL, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Châtelleraut.
 MAYÉ, d. m. p.
 MAY, d. m. p.
 MONASSOT, d. m. p., à Rouen.
 MORREAU, d. m. p., de Versailles.
 MOREL, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 MOURET, d. m. p., ex-pharmacien des hopitaux.
 NAUDAU, d. m. p.
 NÉLATON, ex-int.; professeur agrégé, chir. de l'hop. des Vénériens.
 ORILLARD, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Poitiers.
 OSSIPOWSKI, méd. de l'hop. civil de Moscou.
 PARISE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 PASQUET, d. m. p.
 PASQUIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 PÉGOT, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 PÉROCHAUD, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Boulogne.
 PETEL, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 PLAINCHANT, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Moulins.
 POISEUILLE, d. m. p., ex-élève de l'école Polytechnique.
 POUZEAU, d. m. p.
 POURRAT, d. m. p., à Saint-Étienne.
 POUYDEBAT, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Bordeaux.
 PRUNEAU, d. m. p.
 QUATREVAUX, d. m. p., ex-int. des hopitaux, à Cussy-les-Forges,
 (Yonne).
 QUESNE, d. m. p.
 RAIMBERT, d. m. p.
 RAYNAUD, d. m. p., ex-élève des hopitaux.
 RENAUD, d. m. p.
 REIGNIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux à Beson (Allier).
 RENAULDIN, ex-int. des hopitaux.
 RIBES, d. m. p., chirurgien aux Invalides.
 RICORD, d. m. p., chirurgien de l'hopital des Vénériens.
 RIPAUT, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Dijon.
 ROBERTY, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Marseille.
 ROCHOUX, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Orléans).
 SARBAU, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 SAUCEROTTE, d. m. p., à Lunéville.
 SAUNÉ, d. m. p., à Toulouse.
 SAUSSIER, d. m. p., ex-int. des hop.
 SELLE-MENDERERT, d. m. p., à Carentan (Manche).
 STANSKY, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 STEVENSON, d. m., à New-York.
 STROCKLIN, d. m. p., ex-int. des hop., à Genève.
 TAJASQUE, d. m. p.
 TANQUEREL-DES-PLANCHES, d. m. p.
 TAUPIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 TESSIER, d. m. p., ex-int., médecin des hopitaux.
 THOMAS, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Tours.
 TONNELIER, d. m. p., ex interne des hopitaux à Montereau.
 TRONCHON, d. m. p.

VERNOIS, d. m. p., ex-int. des hopitaux.

VICHERAT, d. m. p.

VIDAL (de Poitiers), d. m. p., ex-interne des hopitaux.

VINSOT, d. m. p., à Melun.

VIGIER de Varennes, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Valognes.

St-YVES, d. m. p., ex-int. des hopitaux.

~~CHIFFRE~~

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVII^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 1 (Mars 1842).

RÉDIGÉ

Par MM. CONTOUR, CRUVEILHIER, DEBROU, DEMAUX,
DURAND-FARDEL, GAUBRIC, GOSSELIN, LIVOIS, PIGNÉ
et A. TARDIEU, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. — *Extrait des procès verbaux des séances de la société.*
(1. Tumeur blanche terminée par ankylose. — 2. Déviation des os, ankyloses multiples. — 3. Vessie multiloculaire. — 4. Fracture du crâne. — 5. Cancer du rectum. — 6. Rupture de l'urèthre. — 7. Dilatation des bronches. — 8. Morve chronique chez l'homme, ulcération cicatrisée dans la trachée. — 9. Lésions des voies aériennes dans la Morve chronique des solipèdes).
- B. — *Tumeur anévrysmale de l'aorte ouverte dans la bronche gauche.*
- C. — *Cancer encéphaloïde de la vessie et du colon.* (Observation et rapport.)
- D. — *Phthisie pulmonaire terminée par un emphysème sous-cutané.*
- E. — *Ramollissement aigu du cerveau* (Observation et rapport).
-

(*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.*)

Présidence de M. CRUVEILHIER.

1^o M. Rendu présente une tumeur blanche du genou, prête à se terminer par ankylose, qu'il a trouvée sur un cadavre ; l'articulation était dans l'extension et semblait offrir un commencement de luxation en dehors, les mouvements y étaient très bornés. La face postérieure de la rotule est dépourvue de son cartilage et rem

plie de rugosités qui tiennent sans doute à un commencement de travail d'absorption. Une altération semblable se rencontre sur le condyle externe du fémur et sur la tubérosité externe du tibia ; les mêmes surfaces, du côté interne, sont encore revêtues de leur cartilage. Du reste, les ligaments latéraux et croisés sont parfaitement intacts.

2° M. *Pigné* montre le bras et l'avant-bras d'un sujet trouvé dans les amphithéâtres, qui offre des *ankyloses* de presque toutes les positions. Ici l'articulation du coude est maintenue dans la flexion, elle ne peut exécuter que des mouvements très faibles, et il est impossible de la ramener à l'extension complète, parceque le développement considérable en haut et en avant de l'olécrâne y apporte bientôt un obstacle en se trouvant arrêté par la cavité olécrânienne. L'avant-bras est porté dans la pronation, et l'articulation radio-carpienne est disposée de telle façon que la facette articulaire du radius est déjetée en avant, la main également, et que cette disposition aurait pu faire croire au premier abord à une luxation du poignet. Toutes les articulations métacarpo-phalangiennes² et phalangiennes sont, comme les précédentes, portées dans la flexion. Cette affection remonte à l'enfance du malade, et a été la suite de convulsions. Il faut donc l'attribuer à l'action musculaire qui paraît pourtant ici avoir été aidée par l'altération primitive des os.

3° M. *Demeaux* présente une *vessie multiloculaire* sur laquelle on voit manifestement que les diverses poches accessoires sont dues à une hernie de la muqueuse à travers les fibres musculaires, comme l'ont indiqué Morgagni et M. Cruveilhier. La plus volumineuse de ces poches est placée en haut ; deux autres plus petites occupent la région postérieure, et enfin les deux dernières, intermédiaires aux précédentes pour le volume, siègent sur le bas-fond. M. *Mercier* fait remarquer qu'il est rare de voir sur la paroi postérieure de la vessie une poche accessoire formée exclusivement par la membrane muqueuse ; comme dans ce point la membrane musculaire est formée de deux couches superposées, il arrive le plus ordinairement que la couche superficielle seule s'écarte pour laisser passer la muqueuse doublée par la couche musculieuse profonde.

4° M. *Gaubric* fait voir une *fracture du crâne*, recueillie à l'hôpital de la Pitié sur un homme de 38 ans, qui, étant ivre, tomba par sa fenêtre ; il perdit connaissance et ne la reconvra pas. Le troi-

sième jour, on vit paraître à l'angle externe de la paupière supérieure droite une ecchymose qui fit diagnostiquer une fracture de la base du crâne; il y avait en même temps de la contracture dans le membre supérieur droit.

Le lobe antérieur de l'hémisphère gauche est contus profondément; il y a dans son épaisseur une infiltration de sang mélangé avec de la matière cérébrale ramollie. Le lobe droit du cervelet présente aussi un épanchement sanguin, qui de sa circonférence se porte jusqu'au noyau central; les parois du crâne sont fracturées en plusieurs points; la voûte orbitaire offre une fissure; il y a dans le tissu cellulaire de l'orbite, sous l'aponévrose, une ecchymose, et cependant le sang ne s'est pas infiltré sous la conjonctive, circonstance qui prouverait que l'ecchymose sous-conjonctivale n'est pas un signe constant dans les fractures de la voûte orbitaire.

5° M. Denonvilliers rapporte qu'un homme placé dans son service à l'Hôtel-Dieu, portait depuis sept à huit mois un *cancer squirreux* ulcéré, occupant la moitié gauche du rectum et anticipant un peu sur la partie moyenne. La tumeur paraissait remonter à deux pouces et demi, et était indépendante des voies urinaires. L'état général, très bon d'ailleurs, décida M. Denonvilliers à opérer. L'opération était rendue plus difficile parce qu'elle n'occupait qu'une moitié de l'intestin et que l'on pouvait craindre des abcès au devant du sacrum. — Ce qui existait en effet, car le malade a succombé à une phlébite des veines profondes du bassin qui s'est transmise jusqu'aux veines profondes de la cuisse. Il y avait des abcès métastatiques seulement dans le foie, qui contenait en outre une masse cancéreuse. Le péritoine n'avait pas été intéressé et ne s'est pas enflammé. — Le point capital, et sur lequel insiste M. Denonvilliers, c'est que sur la pièce on trouve quatre pouces d'intervalle entre l'anus et le point où l'intestin a été coupé, tandis que le cancer ne remontait qu'à deux pouces. Or, voici l'explication de ce fait : Le rectum, dans l'état normal, est plissé transversalement, et le squirre, en l'envahissant, le fixe dans cette position, où deux pouces équivalent à quatre pouces du rectum disséqué. On voit, dans cette circonstance comme dans bien d'autres, qu'en anatomie chirurgicale, il faudrait tenir plus de compte de l'anatomie pathologique que de l'anatomie normale.

6° M. Tavignot présente les *organes génito-urinaires* d'un

homme de 60 ans, mort à l'hôpital Necker, dans le service de M. A. Bérard. Cet homme, d'une bonne santé habituelle, avait été pour la première fois, il y a un an, pris d'une rétention d'urine, à la suite de laquelle le jet de l'urine était resté plus faible et avait été en diminuant de plus en plus. Une nouvelle rétention l'amena à l'hôpital. Le ventre est volumineux, la vessie saillante à l'hypogastre; et de plus, il existe au périnée une tumeur phlegmoneuse. Le cathétérisme est impossible; des bains, une application de sangsues n'empêchent pas la tumeur de faire des progrès; le lendemain elle remonte jusque dans le scrotum. On pratique plusieurs incisions par où s'écoule une grande quantité d'urine; mais la fièvre augmente; le malade est pris de hocquets et succombe le soir-même. — La vessie est dilatée et un peu hypertrophiée; sa surface interne est creusée de cellules et de vacuoles. — La prostate est peu volumineuse; ses dimensions sont : Diamètre transversal 0^m,04; antéro-postérieur 0,05; vertical, maximum 0,03; vertical demi latéral 0,02. — Au devant du ligament de Carcassonne, à gauche de la portion spongieuse de l'urèthre, existe une perforation qui s'ouvre dans un vaste abcès urinaire. Dans la portion antérieure du canal, on trouve les traces d'une ancienne inflammation et un rétrécissement dans l'étendue de trois centimètres.

7^e M. Legendre expose le fait suivant : Un enfant de 8 ans, n'ayant jamais eu d'hémoptysies, est tourmenté depuis quatre ans par une expectoration abondante d'un liquide en apparence purulent; sa respiration est courte, il n'a pas de diarrhée, mais un peu de fièvre le soir, et des sueurs pendant la nuit; l'appétit est d'ailleurs conservé. — A son entrée dans le service de M. Baudelocque, le petit malade, qui n'est pas trop amaigri, présente des quintes de toux suivies d'expectoration purulente, et quelquefois du rejet des matières alimentaires. — Les seuls signes physiques sont à gauche : une matité qui existe en arrière, du haut en bas, avec respiration caverneuse, gargouillement, et résonnance de la voix. En avant et en haut, rien; à droite, respiration normale. — L'absence de toute modification du son et des bruits respiratoires sous les clavicules, rendait le diagnostic d'une phthisie tuberculeuse au moins douteux. En effet, à l'autopsie on trouva une simple *dilatation des bronches* : — Le lobe inférieur du poumon gauche est carnifié et criblé d'ouvertures semblables aux sinus veineux de l'utérus; la

muqueuse qui tapisse ces alvéoles est épaissie; elles contiennent du liquide mucoso-purulent. La dilatation des bronches est uniforme, sans ampoules; dans le lobe supérieur l'hépatisation est récente; il n'y a pas de tubercules. Le poumon droit est sain à l'exception de quelques granulations demi-transparentes.

8° M. A. Tardieu montre le *larynx* et la *trachée* d'un homme, mort de la *morve* aiguë dans le service de M. Rayer. Ancien palefrenier à l'école d'Alfort, puis charretier dans différents établissements, il n'avait jamais cessé depuis sept ans d'être en rapport habituel avec des chevaux morveux. Dès l'année 1835, il ressentit à la gorge une douleur profonde avec expectoration abondante; il était en même temps très encloué et mouchait du sang. — Quand il entra à la Charité, le 22 juillet 1841, il avait un abcès sur le pied et une large ulcération sur la voûte palatine. Le malade n'a jamais eu d'affections syphilitiques d'aucune espèce, et ses dénégations sont positives à cet égard. — Sa constitution s'altéra peu à peu, et enfin le 6 novembre éclatèrent les symptômes de la *morve* aiguë. — A l'autopsie, outre les lésions caractéristiques de l'état aigu, on trouva dans les voies aériennes les traces d'une altération très-ancienne, que l'on n'avait pas observée jusqu'à ce jour, et qu'il faut attribuer à la *morve* chronique. — Depuis l'extrémité supérieure de l'épiglotte jusque dans la bronche du côté gauche, la muqueuse des voies aériennes n'est plus qu'une vaste cicatrice. Des brides fibreuses très résistantes constituent à l'intérieur un réseau aréolaire très irrégulier, et ont déformé la trachée en rapprochant et en fixant les uns aux autres les cerceaux cartilagineux (Voir, comme point de comparaison, une *déformation de la trachée* observée chez un cheval morveux, par M. Imlin. — Bullet. de la Soc. anat. 1836, p. 141). Il existait de plus une carie superficielle de la voûte palatine. Les désordres récents des fosses nasales empêchaient de voir si elles avaient été le siège d'altérations chroniques.

9° M. A. Tardieu présente de nouvelles lésions caractéristiques de la *morve chronique* chez les solipèdes, trouvées par M. Rayer dans les voies aériennes, et qui ont jusqu'à présent échappé aux observateurs, quoiqu'elles paraissent très communes. En effet, sur six chevaux on les a rencontrées trois fois; les animaux qui les ont offertes avaient toutes les apparences de la santé. En les abattant, on a trouvé, outre les engorgements des ganglions de l'auge et les

ulcérations des fosses nasales, les altérations suivantes dans la trachée et dans les bronches : 1° De petites élevures blanches disséminées sur la face interne de la trachée, et formées par un épaississement partiel de la membrane muqueuse ; 2° de petits mamelons rouges constitués par les élevures précédentes, gonflées, injectées, quelquefois ulcérées au sommet, autour desquels la membrane muqueuse présente une vascularisation remarquable, et qui ont subi un degré de plus dans le travail pathologique ; 3° des ulcérations nombreuses, d'une étendue variable depuis 0^m,03 jusqu'à 0,14, répandues dans la trachée et dans les bronches, forment de larges plaques ayant quelque analogie avec celles de l'intestin dans la fièvre typhoïde, à bords taillés à pic, à fond grisâtre, se développant par une extrémité pendant qu'elles se cicatrisent par l'autre, et déterminant ainsi la formation de brides saillantes et résistantes, assez fortes pour entraîner le rétrécissement de la trachée, qui dans un cas a présenté en arrière un chevauchement des cerceaux cartilagineux tellement complet qu'il diminue de 0,06 le diamètre du conduit aérien. — Les poumons présentent en outre des lésions qui leur sont propres : 1° Le tissu pulmonaire est criblé d'une quantité innombrable de petits dépôts d'une matière fibrineuse jaune, présentant partout le même volume et la même consistance, isolés dans de petites vacuoles à parois grisâtres, qui ressemblent au cul de sac terminal des bronches. Autour de ces granulations, le tissu est sain ; elles diffèrent des tubercules, avec lesquels on les a confondues, en ce qu'elles ne présentent aucune phase de transformation ; nulle part il n'y a infiltration de cette matière ni collection en cavernes ; et les grains ne sont nulle part ramollis. Il faut comparer non pas une granulation avec un tubercule, mais bien deux poumons entiers, et l'on verra combien l'évolution des deux produits morbides est différente. On trouve d'ailleurs chez les chevaux morveux de véritables tubercules collectés et ramollis, qui ont un tout autre aspect, circonstance qui complique la question, mais ne la juge pas. 2° On trouve dans un des poumons une portion considérablement indurée et formant une masse d'un blanc légèrement bleuâtre, entièrement semblable au tissu squirrheux lardacé, se continuant sans ligne de démarcation avec les parties complètement saines qui l'entourent et traversée par des canaux bronchiques, et des vaisseaux dont les parois se confondent tout à fait avec elles.

Tumeur anévrysmale de l'aorte ouverte dans la bronche gauche.

Observation recueillie par M. BLANCHET.

Louis Bressy, âgé de 54 ans, charretier, d'une stature moyenne, d'une grande maigreur, d'une constitution un peu grêle, entra le 28 octobre 1841, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Raphaël, n° 26, atteint d'une pneumonie, ayant son siège dans le lobe supérieur et moyen du poumon gauche. M. Combette, qui remplaçait alors M. Piorry, traita de la manière la plus heureuse cette phlegmasie, qui ne tarda pas à se résoudre sous l'influence d'émissions sanguines répétées coup sur coup. L'état de santé du malade alla dès-lors en s'améliorant; et depuis le 15 novembre, il mangeait la demi-portion, se promenait dans les salles et même dans les cours, sans éprouver d'autre incommodité qu'une grande faiblesse.

Le 8 décembre, sans cause connue, il expectora pour la première fois quelques crachats sanglants, et fut pris le soir, vers 9 heures 1/2, d'une quinte de toux à la suite de laquelle il rejeta d'abord une petite quantité de sang; et puis n'eut pas plus tôt poussé un cri pour appeler l'infirmier, qu'il rendit par le nez et par la bouche, près de trois litres de sang dans l'espace de quelques minutes, et expira.

Autopsie cadavérique faite 36 heures après la mort. — Cadavre d'une très-grande maigreur, bien conformé, et ne présentant aucune infiltration. Les téguments de toutes les parties du corps sont décolorés et présentent une pâleur remarquable. La bouche, les fosses nasales, le larynx et la trachée sont remplis d'un sang rouge mêlé à une grande quantité d'écume. La membrane muqueuse qui tapisse toutes ces cavités, offre une teinte pâle assez prononcée. Le poumon droit, riche en matière noire, est souple, tout-à-fait sain, et présente seulement quelques points d'adhérence avec le péricarde. Le poumon gauche, mou, élasti-

que, à peine congestionné vers son sommet, offre d'anciennes adhérences celluleuses, qui fixent d'une part son lobe supérieur à la plèvre costale, et de l'autre au péricarde dans 3 centimètres environ d'étendue.

Le péricarde, distendu par une assez grande quantité de sérosité, inodore, citrine, et tout-à-fait limpide, a conservé sa couleur, son épaisseur, et sa transparence naturelles; il présente à droite et à gauche des adhérences peu étendues avec la plèvre pulmonaire.

† Le cœur présente une dureté et une résistance au doigt remarquables; son volume et ses valvules sont à l'état normal. Les parois ventriculaires, surtout pour le ventricule gauche, semblent épaissies aux dépens de leurs cavités et se touchent dans tous leurs points.

L'aorte est épaissie dans presque toute son étendue; sa membrane interne est couverte de plaques demi-cartilagineuses; à deux pouces au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche, se trouve une ouverture arrondie offrant un diamètre de 27 à 30 millimètres dans tous les sens; les bords de cet orifice, épais, résistants, forment un cercle d'une étendue moins considérable que celui de la poche anévrysmale et conduisant dans une cavité qui peut admettre une forte pomme d'api.

Les plaques demi-cartilagineuses qui se rencontrent en si grande abondance sur la membrane interne de l'aorte, n'existent sur aucun des points de la cavité recouverts par la séreuse.

La tunique interne de cette même artère se réfléchit sur les bords de la cavité accidentelle, pénètre dans cette dernière, et s'y enfonce à la profondeur de 10 à 12 millimètres; toutefois, on peut la suivre jusqu'à la partie inférieure de cette poche, dans un trajet de 45 à 50 millimètres. La partie de cette cavité qui n'est pas recouverte par une membrane interne, est tapissée par une substance tomenteuse, pseudo-membraneuse, organisée, d'un rouge violacé, d'une

consistance assez forte, épaisse de 2 à 3 millimètres et parfaitement adhérente à ses parois.

A l'extérieur, la tumeur formée par la poche anévrysmale, est lisse, sans bosselures, et adhère fortement d'une part avec l'œsophage, et de l'autre avec la bronche gauche.

Les adhérences qui l'unissent à l'œsophage sont de nature celluleuse et assez lâches ; celles, au contraire, qui l'unissent à la bronche sont excessivement fortes, et ne permettent aucun glissement entre ces organes. En ouvrant la trachée et la bronche gauche, on trouve sur la paroi antérieure de cette dernière, au niveau de la tumeur artérielle, une ouverture triangulaire, dont les angles sont arrondis, et les côtés assez inégaux. Chaque côté du triangle a environ 6 à 7 millimètres d'étendue.

Les 6°, 7° et 8° cerceaux cartilagineux de cette bronche sont détruits sur la partie moyenne, et présentent une ouverture qui fait communiquer la bronche avec la partie inférieure de la poche anévrysmale. La pseudo-membrane qu'elle renferme se trouve à ce niveau décollée dans une étendue de 12 à 13 millimètres et dans une direction de haut en bas.

Le système vasculaire, en général, contenait peu de sang. Il n'existe aucune altération appréciable dans les veines et les artères des membres supérieurs et inférieurs.

La langue, le pharynx et l'œsophage, sont blancs, pâles et décolorés ; il en est de même des autres parties du tube digestif.

Le foie et la rate ne présentent aucune altération ; seulement ces deux organes semblent offrir une coloration moins prononcée qu'à l'état normal.—Les reins ne présentent aucune lésion.

Cancer encéphaloïde de la vessie et de l'S iliaque du colon.

Observation recueillie par M. C. E. FIGUEREZ, interne des hôpitaux.

Cacheux, Marie, âgée de 61 ans, matelassière, entrée à l'infirmerie le 21 décembre 1841, couchée à la salle Sainte-Marthe, n° 8, service de M. Bouvier, à la Salpêtrière.

Cette femme répond très-mal aux questions qu'on lui adresse, et c'est avec peine qu'on a pu obtenir d'elle quelques renseignements sur les antécédents de sa maladie.

Elle ne précise point l'époque à laquelle sa santé a commencé à s'altérer ; elle dit avoir eu fréquemment, depuis quelques années de la diarrhée, et des pertes sanguines assez fortes ; souvent beaucoup de difficulté à uriner ; enfin des douleurs plus ou moins vives à l'hypogastre.

22 décembre 1841. Examinée ce matin pour la première fois, cette malade a encore de l'embonpoint. La peau de la face offre une teinte jaunâtre, terreuse; sur le reste du corps, elle ne présente qu'une extrême pâleur. — Le pouls est petit, serré, donnant 100 pulsations à la minute. — Les traits expriment l'anxiété et la souffrance. Elle se plaint d'une douleur très-vive au bas-ventre ; cependant cette douleur n'est pas assez prononcée pour qu'une pression même assez forte soit intolérable. Le palper ne fait reconnaître aucune tumeur ni aucune saillie des organes du bassin. — La langue est blanchâtre ; la bouche n'est pas amère ; elle dit avoir encore de l'appétit. Il n'y a aucune douleur à l'épigastre, ni dans la région ombilicale. Elle a eu depuis son entrée à l'infirmerie trois ou quatre selles liquides.

Elle se plaint également d'une envie presque continuelle d'uriner. Elle est obligée de se mettre très-souvent sur le bassin et ne rend que quelques gouttes à la fois. — Son urine n'a pas été examinée chimiquement; elle est trouble, principalement au fond du vase et présente une couleur

légèrement rosée. Il y a dans son lit une odeur urineuse qui fait penser qu'elle lâche ses urines sous elle.

Elle ne présente aucun symptôme morbide du côté des voies respiratoires et du cerveau.

(Chiendent nitré sucré — 1 pilule d'extrait gommeux d'opium 0,05—potion calmante—1/4 de lavement d'amidon avec laudanum 12 gouttes—le 1/8 d'aliments).

23 décembre. La malade n'a pas uriné depuis hier soir; le ventre est excessivement douloureux; la moindre pression est presque intolérable; altération croissante des traits. —Pouls petit, serré, fréquent.—Le dévoiement a cessé.—Elle éprouve une envie continuelle d'uriner et ne peut rendre aucune urine. Le cathétérisme est pratiqué et ne donne issue qu'à quelques gouttes de liquide rougeâtre et de sang. Dans cette opération, quand on put croire être arrivé au-delà du canal de l'urèthre, l'extrémité de la sonde fut promptement arrêtée par un obstacle que ne l'on parvint à franchir qu'en faisant exécuter à la sonde des mouvements de rotation; alors elle échappa et pénétra un peu plus loin; mais après un trajet d'un pouce environ, elle fut de nouveau arrêtée par un obstacle qui ne fut pas franchi. Cette opération, répétée plusieurs fois dans la journée et par différentes personnes n'amena, aucun résultat. La malade se plaignait toujours d'une très-grande envie d'uriner; elle rapportait les douleurs qu'elle éprouvait à la plénitude de sa vessie et s'agitait beaucoup. Le soir, M. Manec fut appelé. Il sonda d'abord avec une sonde de femme et ne put franchir l'obstacle mentionné. Il introduisit alors une sonde d'homme; par des mouvements de va et vient, elle fut tout-à-coup dégagée et pénétra plus avant; il injecta alors une seringue d'eau. La seringue retirée du pavillon de la sonde, il s'écoula à peu près la moitié de l'eau injectée. La même quantité de liquide fut introduite une seconde fois dans la vessie, et il n'en sortit plus que quelques gouttes. Il ne s'était formé à l'hypogastre aucune tumeur qui

annonçait la distension de la vessie. Elle se plaignait toujours du besoin d'uriner.

(Même prescription, moins le lavement et les aliments).

24 décembre. Douleur très-vive à l'hypogastre; point de matité ni de saillie au niveau de la vessie. — La moindre pression est très-douloureuse. — Pouls petit, serré, très-fréquent. — Altération profonde de la figure.

Elle n'a pas uriné et n'a pas été à la selle. Elle se plaint toujours d'un besoin pressant de rendre son urine et ne peut y parvenir.

(Cataplasme fortement laudanisé sur l'hypogastre—diète absolue.)

25 décembre. Elle est morte hier dans l'après-midi.

Autopsie faite le 26 décembre 1841, 40 heures après la mort. — La peau du corps est blanche; celle de la face offre une teinte jaunâtre. Le tissu cellulaire est très jaune.

CAVITÉ ABDOMINALE. — A l'ouverture, il s'écoule du péritoine une grande quantité d'un liquide lactescent, se rapprochant du pus par son aspect, son épaisseur. Il pénètre partout, enveloppe les intestins dans toutes leurs circonvolutions et leur a donné un aspect blanchâtre. Il tapisse également le feuillet diaphragmatique et le feuillet hépatique du péritoine sur lesquels il reste, après l'écoulement du liquide, une couche blanchâtre formée par les parties les plus épaisses. Il pénètre enfin au-dessous du foie et se retrouve également dans l'arrière cavité des épiploons.

Le tube intestinal est distendu par des gaz et des liquides. En écartant les circonvolutions de l'intestin grêle, on remarque sur le feuillet gauche du mésentère, près de l'extrémité inférieure de cet intestin, une large ulcération dont le centre a entièrement perforé ce repli péritonéal. Située à peu près à égale distance des deux bords du mésentère, elle offre en longueur 6 centimètres. Les bords de la perforation sont noirâtres et n'ont que trois millimètres d'épaisseur. Dans le reste de son étendue, l'ulcération offre une

teinte grise jaunâtre parsemée de petites plaques et d'arborisations rouges. Au pourtour de l'ulcération, on voit le bord du feuillet séreux coupé net et accusé par un petit liseré rouge. Le tissu du fond est ramolli, pultacé et prend quand on projette un filet d'eau, l'aspect du tissu du cerveau ramolli à qui l'on fait subir la même épreuve. Au centre de ce tissu mou un point offre l'apparence d'un petit foyer sanguin. Tout autour de l'ulcération, on remarque une teinte d'un rouge vif qui va en se dégradant peu à peu et se termine par de fines arborisations. Sur le feuillet droit du mésentère des adhérences solides circonscrivent la perforation qui correspond à trois ulcérations qui seront décrites plus bas. Autour de ces adhérences on voit une injection assez forte et quelques plaques noirâtres. Toutes les circonvolutions intestinales environnantes offrent sous le feuillet séreux une teinte rosée d'abord uniforme, puis se terminant sur le bord convexe de l'intestin par des arborisations nombreuses et très-fines. Elles n'avaient contracté aucune adhérence.

A sa partie supérieure, l'S iliaque est fortement adhérente au péritoine qui recouvre, la colonne vertébrale, et dans ce point on remarque trois ulcérations irrégulières, à bords déchiquetés. La plus grande, qui est aussi la plus postérieure, a 3 centimètres et 1/2 en longueur, 2 en largeur et 1 et 1/2 en profondeur ; la moyenne et la plus antérieure a 2 centimètres en longueur, 1 en largeur et 1 en profondeur ; enfin, la troisième et la plus petite, située à gauche des deux autres, mais un peu en avant de la première, est très-superficielle, à peu près ronde et a 2 centimètres dans ses différents diamètres et 2 ou 3 millimètres de profondeur. Toutes trois sont séparées les unes des autres par un rebord saillant, qui constitue une paroi assez mince. La plus superficielle communique avec la seconde ; la première est complètement isolée des deux autres. Leur fond est irrégulier, grisâtre, légèrement strié de sang. Il a été impossible

de constater si elles communiquaient avec l'intestin. Dans le fond de la plus grande, on trouve un conduit qui reçoit une sonde de femme et va s'ouvrir au-dessous de l'S iliaque en arrière de laquelle il passe, dans la cavité du péritoine, auprès d'une tumeur dont nous parlerons plus bas et qui paraît remplacer l'ovaire gauche. Le péritoine est coupé irrégulièrement au pourtour de ces ulcérations. Comme nous l'avons dit, elles formaient le fond de la perforation décrite sur le mésentère.

Immédiatement en arrière de l'arcade des pubis se trouve la *vessie*, ne débordant pas ces os en haut, assez petite et paraissant vide. Elle adhère fortement en arrière à l'S iliaque du colon, qui appuie sur son sommet, et la déborde un peu à droite ; à gauche et en arrière elle adhère à une tumeur de la grosseur d'un petit œuf qui est en outre unie par des adhérences péritonéales très-fortes, d'une part à l'S iliaque du colon, d'autre part à l'utérus. Cette tumeur paraît être formée par l'ovaire gauche. Au-dessous de la vessie se trouve le vagin, surmonté par l'utérus et ses annexes qui sont en totalité abaissés vers le rectum. Celui-ci est surmonté par l'S iliaque du colon, qui s'avance beaucoup à droite, et s'applique au-dessus de la vessie et de l'utérus.

Du reste, toutes ces parties sont fortement réunies entre elles par des adhérences péritonéales. Dans tous les culs-de-sac que forme cette membrane autour de ces organes, on trouve ce liquide purulent mentionné à l'ouverture de l'abdomen, et des fausses membranes blanches, opaques, molles et assez minces.

La *vessie*, ouverte en avant ainsi que le canal de l'urèthre, présente des parois très-épaisses, principalement en arrière où elles ont jusqu'à 8 ou 9 millimètres ; dans les autres points 6 à 7. Les parois du canal de l'urèthre et de la vessie en avant, ont leur consistance normale ; la paroi postérieure de la vessie a au contraire perdu de sa consistance et offre une teinte grise verdâtre. La muqueuse uréthrale est rouge ;

la crête uréthrale très-saillante. Dans le bas-fond, la *muqueuse* est par places comme boursoufflée et fongueuse, colorée en rouge brun. En avant la consistance de cette membrane est conservée ; en arrière elle se déchire avec la plus grande facilité. Son épaisseur n'est pas sensiblement augmentée. Sur la face postérieure, les tissus sont trop altérés pour qu'on puisse séparer cette membrane. C'est principalement aux dépens de la *membrane musculeuse* que s'est fait l'épaississement des parois. En avant et sur les côtés, elle ne paraît pas autrement altérée. Mais dans la paroi postérieure on ne reconnaît plus ses caractères. Elle est remplacée par un tissu lardacé d'un gris-verdâtre.

L'*uretère droit* est sain ; le *gauche* perdu dans la masse de tissu cellulaire environnant a été coupé près de la vessie. Dans la cavité vésicale, les ouvertures de ces conduits sont environnées par les saillies rougeâtres de la muqueuse déjà mentionnées.

En arrière du trigone vésical, se trouve une perforation qui fait communiquer la cavité vésicale avec un foyer formé par des adhérences péritonéales. Ce foyer communique : en arrière avec l'S iliaque du colon, en bas avec le rectum. Le fond de ce foyer a un aspect gris verdâtre, est constitué par un tissu fongueux formant des flocons qui flottent sous l'action du jet d'eau. La paroi antérieure de ce foyer est formée par la paroi postérieure de la vessie ; les parois supérieure et postérieure par l'S iliaque qui présente une ulcération en ce point ; la paroi inférieure par l'utérus ; les parois latérales par adhérences péritonéales des deux côtés et à gauche un peu par la tumeur qui remplace l'ovaire correspondant.

L'*S iliaque du colon* présente en regard de la face postérieure de la vessie, l'ulcération que nous avons mentionnée. Les bords en sont grisâtres, fongueux et lardacés, ressemblant au tissu qui forme le fond du foyer. Si l'on incise cet intestin suivant sa longueur, on trouve au niveau de l'ul-

cération, dans une étendue de 7 centimètres en longueur dans toute la circonférence, sa surface interne transformée en un tissu mou, fongueux, rougeâtre, s'en allant en bouillie lorsqu'on le frotte avec le manche du scalpel et en flocons lorsqu'on y projette un filet d'eau. Le milieu de cette surface malade se trouve dans une des cellules de l'intestin, ce qui donne l'apparence d'un foyer, séparé en bas du reste des tissus malades par une bride à peu près flottante dans l'intestin auquel elle n'adhère que par ses extrémités. Sur toute cette surface malade se remarquent des végétations en forme de champignons, d'un tissu grisâtre, strié de rouge. Des végétations semblables terminent en haut et en bas l'altération et la séparent brusquement du reste de l'intestin dont les parois sont saines. Le calibre de l'intestin est considérablement rétréci en ce point, ses parois sont comme cartilagineuses; la membrane muqueuse est épaissie au-dessus et au-dessous des végétations qui limitent l'altération. Elle est légèrement granulée, et présente une injection assez considérable.

C'est en ce point que les tissus malades présentent le plus évidemment les caractères du tissu cancéreux tandis que la paroi postérieure de la vessie est transformée en un tissu grisâtre ressemblant à de la couenne de lard et qui a plus de rapports avec le tissu squirrueux. Vu l'étendue des lésions de l'S iliaque, il est probable que c'est en ce point que la maladie a pris naissance, et ce ne serait que consécutivement qu'elle se serait étendue à la vessie après l'ulcération et la perforation des parois de l'intestin. C'est alors que se serait formé, par les adhérences péritonéales, ce vaste foyer intermédiaire à l'S iliaque et à la vessie. La perforation de la face postérieure de la vessie explique l'absence d'urine, malgré l'envie continuelle d'uriner qu'éprouvait la malade, qui ne pouvait en rendre que quelques gouttes par l'urèthre.

Dans le fond du foyer intermédiaire à l'S iliaque et à la

~~vessie~~ se trouve le canal déjà mentionné qui établit une communication directe avec le rectum au point de réunion avec l'S iliaque. La paroi antérieure de cet intestin présente en ce point une perforation qui admet facilement une sonde de femme. Au pourtour se retrouvent les mêmes végétations rougeâtres en forme de champignons de l'S iliaque du colon, mais elles ne s'étendent pas au-delà. On voit distinctement la muqueuse se prolonger sur la face de ces végétations qui est appliquée contre les parois intestinales, et elle y est très-finement granulée. La muqueuse de la partie inférieure du rectum est injectée.

Le *vagin* n'est point altéré. Les *lèvres du col* sont assez développées, surtout l'antérieure, qui forme un bourrelet arrondi; la lèvre postérieure plus petite présente deux ou trois petites granulations sans caractère particulier. L'*utérus* a sa couleur normale; ouvert dans toute sa longueur sur sa face inférieure, il paraît sain. La coupe de ces parois laisse voir les orifices béants de nombreux vaisseaux. L'*ovaire droit* est sain: le *gauche* est converti en une tumeur de la grosseur d'un petit œuf; des adhérences très-fortes l'unissent à la vessie, à l'utérus et à l'S iliaque du colon. A son extrémité supérieure se trouve un faisceau vasculaire. Incisé suivant sa longueur, il laisse voir deux noyaux d'une matière jaunâtre consistante, d'apparence tuberculeuse. Ils étaient renfermés chacun dans un kyste particulier.

Les *reins* n'offrent aucune altération.

Estomac. La muqueuse du grand cul-de-sac est ramollie; elle s'enlève facilement par lambeaux et offre une couleur noirâtre disposée par larges arborisations. Elle est consistante partout ailleurs; cet organe était rempli d'un liquide jaunâtre.

Intestins grêles. Remplis d'une grande quantité de matières excrémentitielles liquides, d'une couleur jaune verdâtre. La muqueuse n'offre que quelques arborisations

rouges dans les circonvolutions qui environnent l'atrophie du mésentère.

Le gros intestin ne présente aucune autre lésion que celles déjà décrites.

Les ganglions abdominaux sont sains; le *foie* et la *rate* sont à l'état normal.

CAVITÉ THORACIQUE.—*Poumons.* Ils remplissent les cavités des plèvres. Le *gauche* présente quelques adhérences sur le diaphragme. Elles sont très-fortes et ne cèdent point; le tissu du poumon se déchire sous les tractions. Le *droit* n'offre aucune adhérence; mais dans la cavité pleurale correspondante, il y a environ un verre de sérosité jaunâtre, légèrement trouble. Les deux poumons sont d'un blanc rosé, parsemés de taches noires, excepté en arrière où la teinte est bleuâtre. Ils sont emphysémateux dans toute leur étendue. Les *bronches* ouvertes offrent une couleur jaunâtre uniforme, excepté à gauche où la muqueuse présente quelques arborisations.

Les ganglions bronchiques sont sains.

Cœur. Petit; oreillettes remplies de caillots noirs peu consistants. Mêmes caillots dans les ventricules; du reste il est parfaitement sain.

Les gros vaisseaux ne présentent aucune altération.

CAVITÉ ENCÉPHALIQUE.—A l'ouverture de l'arachnoïde, il s'écoule une petite quantité de sérosité. Les vaisseaux de la pie-mère sont très-apparents et gorgés de sang. Cette membrane se détache de la substance cérébrale avec la plus grande facilité. Il s'écoule un peu de sérosité qui se trouvait entre elle et le cerveau. Aucune lésion dans l'encéphale lui-même.

Extrait du rapport de M. GAUBRIC sur l'observation précédente.

Le cancer de la vessie, ayant son point de départ dans

les parois mêmes de cet organe, est une affection rare. Chopart, Howship et M. Mercier en ont cependant cité quelques exemples. Le fait de M. Figuière est analogue à celui de M. Lenepveu, à celui de M. A. Tardieu, à tous ceux observés par Scemmering; c'est un cancer propagé à la vessie, ayant débuté autre part. M. Figuière regarde l'S iliaque du colon comme le lieu d'origine de la maladie et d'après cette manière de voir, son observation se rapprochait de celles de MM. Lenepveu et Tardieu. Mais un examen attentif de la lésion nous porte à penser que le cancer a débuté dans un point intermédiaire à l'S iliaque et à la vessie, dans le tissu cellulaire peut-être, ou dans un ganglion lymphatique intermédiaire à ces deux organes. Il existait en effet entr'eux une tumeur du volume du poing, de nature évidemment encéphaloïde, creuse et largement ulcérée à son centre, adhérente d'une part à la vessie, d'autre part à l'S iliaque, établissant une communication médiate et au milieu de son tissu entre les deux cavités splanchniques. C'était de dehors en dedans de leurs tuniques extérieures aux plus internes, que l'ulcération allait se rétrécissant, et dans la vessie, par exemple, la muqueuse était encore intacte, là où les tuniques péritonéale et musculuse étaient détruites ou dégénérées. Le cancer de la vessie, comme celui de l'S iliaque, avait ainsi succédé à la dégénérescence encéphaloïde du tissu intermédiaire à ces deux organes.

Cette observation est encore remarquable par l'absence de plusieurs signes à l'aide desquels on a pu, dans la plupart des cas analogues diagnostiquer l'altération de la vessie. Je veux parler des hématuries, des matières fécales dans l'urine, de débris de matière encéphaloïde, enfin de l'excrétion de gaz par le canal de l'urèthre. Ici tous ces signes manquaient. Dans l'observation de M. Lenepveu (Bull. de la Société anatomique, année 1839, p. 164), les hématuries, les débris de matière encéphaloïde engagés

Les yeux d'une sonde exploratrice permirent à M. Rayer de diagnostiquer la maladie. Dans le fait cité par M. Tardieu (Bull. de la Société anatomique, année 1840, p. 364), l'excrétion des vents par la verge suffit pour reconnaître la double perforation de l'intestin et de la vessie. J.-L. Petit rapporte, dans son traité sur les hémorroïdes, l'histoire d'un homme qui pétait, comme il le dit, par la verge, et ce phénomène joint à l'odeur caractéristique lui permit d'en préciser avec exactitude la cause et l'origine. Mais, dans l'observation de M. Figuière, la vessie et les urines ne contenaient aucune trace de matières fécales, fait curieux que l'on retrouve dans l'observation de M. Lenepveu et qui peut surprendre à certains égards. Dans tous les cas rapportés par J.-L. Petit, au sujet des ulcères développés et entretenus par les hémorroïdes, on voit toujours les matières fécales passer de l'intestin dans la vessie et se mélanger aux urines. Dans plusieurs de ces observations, c'est l'urine au contraire qui ne reflue pas dans l'intestin ; mais encore ici, M. Figuière note une circonstance opposée, les matières fécales ne tombent pas dans la vessie, l'urine seule s'écoule par le rectum.

Comme on le voit, il manquait dans le fait de M. Figuière des signes importants pour reconnaître la maladie, est-ce à dire pour cela qu'il fallait rester nécessairement dans le doute ? Il nous semble qu'on aurait pu établir son diagnostic au moins sur deux données importantes. D'abord sur l'écoulement de l'urine par le rectum ; puis sur l'issue par le rectum encore du liquide injecté par le canal de l'urèthre dans l'intérieur de la vessie. Si l'on se rappelle en effet qu'un litre d'eau tiède fut introduit, à l'aide d'une sonde, dans la vessie de la malade, qu'après cette introduction, la vessie ne subit aucune distension, qu'il ne s'écoula rien ni par le rectum, ni par l'urèthre et qu'à l'autopsie on trouva l'eau dans l'S iliaque du colon, immédiate-

ment au-dessus du rectum, n'est-il pas permis de penser que, si on avait introduit dans le rectum une sonde assez volumineuse pour écarter ses parois et à une hauteur suffisante, on aurait permis au liquide accumulé dans la portion supérieure de l'S iliaque de s'écouler soit par la sonde, soit entre la sonde et le rectum ? Cet écoulement aurait été une nouvelle preuve de la double perforation de l'intestin et de la vessie, et le diagnostic aurait acquis une certitude égale à celle du diagnostic établi dans les diverses observations que je vous ai citées.

Phthisie pulmonaire terminée par un emphysème sous-cutané.

Extrait d'une observation recueillie par M. A. LEONMEAU, interne des hôpitaux.

En entrant dans le service médical de M. Bricheteau, au mois de janvier 1841, je trouvai au n^o 5 de la salle Sainte-Eulalie (hôpital Necker), une femme nommée Perrin, âgée de 38 ans, journalière, et qui était là depuis le 23 octobre 1840. Cette femme était pâle, amaigrie, paraissait affaiblie par une maladie longue et ne présentait pas cependant ce cachet, qui, si souvent à la première vue, fait soupçonner une phthisie pulmonaire. Sa voix était altérée depuis deux mois ; elle me dit qu'elle avait toujours été d'une bonne santé jusqu'au mois de juillet 1840, qu'à cette époque elle contracta, sans savoir à quelle occasion, un rhume qui ne l'a plus quittée, qu'elle se fit soigner pendant deux mois à l'Hôtel-Dieu, et qu'après une amélioration qui ne se soutint pas chez elle, elle fut forcée de rentrer à l'hôpital. Elle n'a jamais eu d'hémoptysie, mais des sueurs nocturnes abondantes l'ont rarement quittée depuis le commencement de sa maladie. Je constatai la plupart des signes physiques d'une phthisie pulmonaire au dernier degré, elle avait des cavernes dans le sommet des

deux poumons. Elle ne présenta rien de remarquable jusqu'au 30 mars. Ce jour-là, elle m'appela à la visite du soir pour se plaindre d'une douleur qu'elle éprouvait dans toute la région sous-hyôïdienne. Cette partie était un peu déformée par une légère tuméfaction sans altération apparente de la peau ; le toucher causait beaucoup de douleur à la malade, et me permit de constater une crépitation des plus manifestes, qui occupait toute la région sous-hyôïdienne, presque également des deux côtés ; cependant la tuméfaction sous cutanée était un peu plus étendue du côté gauche. Rien de particulier, rien de subit n'avait averti la malade de l'invasion de ce phénomène qui s'annonça pour elle, vers le milieu du jour, par une douleur, légère d'abord, dans la région antérieure du cou, douleur qui devint peu à peu plus vive et s'exaspérait par le toucher, les mouvements de la partie et ceux de la déglutition. Je remis au lendemain l'examen de la poitrine et je prescrivis un cataplasme sur le col pour satisfaire la malade et une potion calmante sans laquelle depuis longtemps elle ne pouvait plus dormir.

Le 31. L'emphysème s'était étendu à la région sus-hyôïdienne : la poitrine examinée dans toutes les régions ne présentait rien de nouveau, il n'y avait aucun des signes du pneumo-thorax.

Le 1^{er} avril au matin, l'emphysème avait envahi la cavité inférieure et postérieure de la face à gauche, qu'il élargissait singulièrement dans ce point ; il s'étendait à la partie antérieure de la poitrine jusqu'à la limite inférieure des mamelles qui étaient de nouveau distendues, et en arrière, jusqu'aux lombes à droite et jusqu'à l'épine iliaque postérieure et supérieure à gauche. On le sentait aussi dans les deux bras jusqu'aux coudes.

A 6 heures du soir, il avait gagné le poignet droit, la déglutition était très-génée.

Jusqu'à la mort, le 3 avril au matin, l'emphysème ne

s'étendit pas plus loin, mais gonfla davantage les parties qu'il occupait déjà.

A l'autopsie que je fis le lendemain, en présence de M. Bricheteau, je disséquai d'abord les régions antérieures du cou et sus-claviculaires pour savoir si l'emphysème avait son point de départ dans le larynx, la trachée ou le sommet des poumons : l'inspection ne nous apprit rien non plus que l'insufflation par la glotte (je ne fais que noter des ulcérations superficielles de la muqueuse laryngienne). J'ouvris alors la poitrine par le procédé ordinaire, et examinant ses cavités par leur partie inférieure jusqu'aux adhérences qui existaient à leurs parties supérieures, je ne vis et n'entendis rien d'anormal pendant l'insufflation. Alors je détachai le plastron, et ménageant les adhérences, j'enlevai le poumon gauche avec sa plèvre costale. Nous vîmes à sa partie postéro-latérale, près du sommet et au niveau de la tête de la première côte, une ouverture ovale, un peu oblique, en bas et en dehors, irrégulière à bords un peu découpés et de 0,015 de diamètre environ, elle conduisait immédiatement dans une caverne presque vide; il n'y avait dans son voisinage aucune trace d'inflammation récente, mais un épaississement et une adhérence intime des deux feuillets dans un rayon de 4 à 5 centimètres. En examinant le point de la face interne du thorax correspondant à l'ouverture pulmonaire, nous ne vîmes aucun trace d'inflammation ni d'épanchement; seulement le périoste de la tête costale était plus mince sans être complètement détruit et au-dessous un peu en dehors de cette tête il nous parut y avoir une fissure plutôt qu'un trou, sur laquelle l'insufflation pratiquée ne put rien nous apprendre. La dissection ne nous a pas non plus montré de trajet fistuleux.

Ramollissement aigu du cerveau.

Observation recueillie par M. Aug. MILLET.

Le 8 novembre 1841, est entrée la nommée Favier, Charlotte, âgée de 36 ans, cuisinière : cette femme qui n'était pas mariée, avait cependant eu des enfants ; elle était d'une constitution forte et robuste, d'un tempérament sanguin : elle avait des cheveux d'un noir très-prononcé, et la peau brune.

Lorsque cette malade entra à l'hôpital, toutes les fonctions s'exécutaient bien : seulement elle avait eu quelques jours auparavant des pertes utérines assez abondantes qui l'avaient affaiblié et craignant, que ces hémorrhagies ne reparussent, elle s'était décidée à venir passer quelques jours à l'hôpital. Interrogée sur la nature des causes qui auraient pu amener ces pertes, elle répondit constamment qu'elle l'ignorait et qu'elle n'avait fait aucun excès. Le repos absolu au lit ; quelques tisanes acidules, un régime sévère et une nourriture peu abondante ne tardèrent pas à faire disparaître cette indisposition.

Le 12 novembre, elle était sur le point de sortir, lorsqu'à la visite, M. Serres lui trouva quelque chose d'étrange dans la physionomie : le regard était incertain, la bouche un peu déviée du côté gauche et la commissure droite abaissée. La parole était légèrement embarrassée. En lui donnant la main à serrer, on remarque qu'elle a beaucoup moins de force de la main droite que de la main gauche. La sensibilité est parfaitement conservée des deux côtés. L'intelligence est intacte. Le pouls fut trouvé fréquent, serré, petit et parfois intermittent, ce qui conduisit à examiner le cœur.

M. Lambon et moi auscultâmes cette malade avec toute l'attention possible et nous ne pûmes rien percevoir d'anormal dans les bruits du cœur. Un peu de céphalalgie au niveau du pariétal gauche.

Ces symptômes inspirant de justes craintes, M. Serres

prescrivit pour le matin une saignée de trois palettes, et le soir une application de douze sangsues aux apophyses mastoïdes. — Le lendemain l'état de la malade était à peu près le même. — (Lav. purg. vésicat. à la nuque.)

Le troisième jour de la maladie, cette femme va un peu mieux; quoique très-pâle, sa figure est un peu plus expressive que les jours précédents; cependant l'œil droit est dévié en dehors (strabisme externe); la parole continue à être embarrassée; l'intelligence est toujours parfaitement intacte. La malade indique très-bien, mais par signes seulement, qu'elle éprouve de violentes souffrances à la région épigastrique. Le pouls est toujours irrégulier, petit et fréquent. La paralysie n'a pas fait de progrès. — (2 vésicat. aux cuisses).

Le quatrième jour, à la visite du matin, la malade paraît un peu mieux; à la visite du soir, nous la trouvons tombée dans une somnolence profonde espèce de coma dont nous ne pouvons la tirer qu'avec beaucoup de difficulté. — (Sinapismes aux pieds).

Les cinquième et sixième jours la malade va décidément mieux; elle fait tous ses efforts pour prononcer quelques paroles qu'on devine plutôt qu'on ne les entend; la face est moins pâle, l'œil droit n'est plus aussi dévié en dehors: elle se plaint toujours de l'estomac: elle nous prie d'examiner sa bouche dont elle souffre également, et nous remarquons des plaques de muguet sur les gencives et sur la langue. Le pouls continue toujours à être fréquent, petit et intermittent. Rien au cœur. — (Même prescription).

Le septième jour le mieux continue et la malade, qui jusqu'ici avait toujours gardé le décubitus dorsal, peut se coucher sur le côté gauche.

Le huitième jour, notre malade ne va plus aussi bien et depuis hier il s'est opéré en elle un grand changement. La bouche est actuellement déviée à droite et la commissure gauche abaissée: le bras gauche est entièrement paralysé

et la malade ne peut plus s'en servir, le bras droit au contraire a repris la force dont il jouissait avant d'avoir été paralysé. La jambe gauche semble avoir conservé sa puissance motrice ordinaire. La sensibilité générale n'est nullement altérée; l'intelligence persiste. L'œil droit n'est plus dévié, il est rentré en harmonie parfaite avec celui du côté opposé. — (Séton à la nuque).

Le neuvième jour. A la visite du matin, nous ne trouvons aucun changement dans l'état de la malade; mais le soir elle est dans un coma profond dont nous n'avons pu la tirer : les pupilles sont petites; contractées : de temps en temps cette femme fait craquer ses dents. — (Sinapismes sur les membres inférieurs).

Le dixième jour. Le coma est toujours aussi profond : les mâchoires de la malade sont tellement serrées l'une contre l'autre qu'on ne peut à peine la faire boire. Le pouls est à peine sensible, la face est pâle et grippée.

Le onzième jour : Morte pendant la visite.

Autopsie faite le 24 novembre, à 9 heures du matin, c'est-à-dire 24 heures après la mort. — *Habitude extérieure*. Un peu de rigidité cadavérique : embonpoint assez prononcé.

Crâne. La voûte du crâne s'est enlevée sans difficulté; les os ont offert une épaisseur normale.

Les enveloppes du cerveau ne sont pas infiltrées de sérosité. Les vaisseaux sanguins qui rampent à la surface de l'arachnoïde sont gorgés de sang, augmentés de volume et dessinés d'une manière très-évidente; l'injection pénètre jusque dans leurs plus petites divisions.

On saisit les méninges avec des pinces, et on remarque qu'elles s'enlèvent avec assez de facilité; cependant en quelques points elles sont tellement soudées aux circonvolutions, qu'elles emportent des plaques de substance corticale.

Examiné dans son ensemble, le cerveau est singulièrement ramolli, il est presque diffluent.

Hémisphère gauche. La substance grise de cet hémis-

sphère est congestionnée : mais cette congestion a lieu par plaques, de sorte qu'on ne saurait mieux comparer l'aspect et la forme de ces colorations qu'aux taches que l'on rencontre sur la peau d'un individu atteint de rougeole. Sur le lobe antérieur de cet hémisphère, ces plaques sont tellement nombreuses et tellement rapprochées qu'elles ne forment plus qu'une vaste plaque d'un rose encore assez vif.

La substance blanche des circonvolutions qui sont ainsi enflammées offre également une couleur rosée; mais cette coloration diminue et finit par disparaître dans le lobe moyen et dans le postérieur, où on ne remarque plus alors qu'un peu de piqueté.

Hémisphère droit. La consistance de l'hémisphère droit est bien moindre que celle de l'hémisphère gauche. La substance cérébrale est presque diffuse. Les circonvolutions présentent les mêmes plaques rougeâtres, mais la congestion a frappé avec violence sur le lobe antérieur, de sorte que, en ce point, la pulpe cérébrale est désagrégée et semée de gouttelettes de sang. Il est facile de reconnaître là les traces d'un ramollissement inflammatoire qui a suivi une marche aiguë.

Il n'y avait rien à noter dans les autres parties du cerveau ni dans le cervelet.

Poitrine. Un peu de pneumonie hypostatique. Cœur parfaitement sain.

Abdomen. A l'ouverture de cette cavité, on remarque que des liquides verdâtres et comme bilieux sont répandus dans le péritoine. Cette séreuse présente dans tous ses points quelques légères traces d'inflammation.

L'estomac présente une altération très-remarquable. Le grand cul-de-sac et une partie considérable de la grande courbure de cet organe sont entièrement détruits, ce qui explique la présence de ces liquides bilieux dans le péritoine. Les 4 membranes de l'estomac manquent complètement, cependant il est bon de dire que la tunique périto-

néale se trouve exister encore en certains points, et cela ne surprend pas, puisque c'est la plus externe.

La délimitation entre les parties détruites et les parties conservées est des plus manifestes : elle est marquée par un liseré d'un rose très-vif qui se fond insensiblement avec la teinte jaunâtre que présente le reste de la muqueuse ; cette membrane est ramollie et s'enlève par plaques, lorsqu'on la racle avec un scalpel.

L'utérus était normal ; mais l'ovaire droit renfermait un peu de pus dans ses loges dilatées.

La malade avait, en outre, deux hernies épiploïques ; l'une de la ligne blanche sus-ombilicale ; l'autre était une hernie crurale gauche.

Deux altérations très-importantes se remarquent chez la femme qui fait le sujet de cette observation : d'un côté, existe une lésion de l'encéphale ; de l'autre une lésion de l'estomac.

Quelques mots sur chacune de ces altérations.

La lésion de l'encéphale que nous appellerons *ramollissement rouge* ou *inflammatoire* a fourni pendant la vie des symptômes très-extraordinaires : la paralysie a d'abord existé à droite ; puis 8 jours après le début de la maladie, la paralysie a changé de côté et est venue affecter le côté gauche. Le bras droit alors a repris la force dont il jouissait avant d'avoir été paralysé. Un phénomène assez singulier encore est celui du strabisme externe de l'œil droit qui a eu lieu quelques jours après la paralysie du bras droit, et qui disparaît totalement lorsque le bras gauche s'est trouvé affecté.

Cette maladie, qui a marché d'une manière très-aiguë, a existé sans délire et sans contracture, à moins qu'on ne veuille donner le nom de contracture au trismus qui s'est montré pendant les deux derniers jours de la vie et que nous regardons plutôt comme un phénomène occasionné par l'agonie.

La coloration rosée et par plaques que nous avons indiquée dans cette observation n'a été mentionnée, que nous sachions, ni par M. Rostan dans son traité du ramollissement du cerveau, ni par M. Calmeil dans son ouvrage sur la paralysie générale des aliénés. Quant à nous, quoique nous ayons passé 18 mois à Bicêtre tant dans le service de l'infirmerie que dans celui des aliénés, nous n'avons jamais rencontré non plus cette forme d'altération. Plus heureux que nous, M. Diday a été à même d'observer cette variété d'apoplexie et l'a décrite en ces termes : « Lorsque « l'infiltration a lieu à la surface du cerveau, elle affecte « également le sommet des circonvolutions et les profon- « deurs des anfractuosités; elle se présente alors sous forme « de plaques plus ou moins larges, irrégulièrement arron- « diées, occupant ordinairement toute l'épaisseur de la sub- « stance grise. La circonférence de ces plaques offre tou- « jours une infiltration moins serrée, et la couleur est aussi « moins foncée dans le pourtour qu'au centre de cette sur- « face; il arrive même que la circonférence de la plaque in- « filtrée est le siège d'une rougeur qui diffère de celle qu'on « observe dans l'hémorrhagie capillaire, en ce que sa colo- « ration est d'un rouge vif, que cette teinte est uniforme, « et qu'elle est accompagnée d'un ramollissement pul- « peux, etc., etc. » (Mémoire sur l'apoplexie, *Gazette médicale de Paris*; t. VII, p. 243, 1837, n° 16).

Chez notre malade, la sensibilité générale a été conservée, quoique à l'autopsie, le cerveau ait été trouvé presque diffusé. Du reste, chez les aliénés atteints de paralysie générale, il n'est pas rare de trouver la sensibilité générale parfaitement intacte, quoique à l'ouverture du corps, on constate de très-graves altérations. L'intelligence a également été intacte pendant toute la maladie; la parole seule était embarrassée.

Arrivons maintenant à la lésion de l'estomac.

La perte de substance, qui a frappé nos yeux, à l'ouverture de l'estomac, est-elle cadavérique ou bien a-t-elle eu lieu durant la vie? Nous sommes ici, convenons-en, fort embarrassés pour répondre, car chacune de ces thèses a été soutenue par des hommes également recommandables: cependant, si nous avons un parti à prendre, nous croirions, malgré les vives douleurs ressenties à la région épigastrique par la malade, que cette dissolution des membranes de l'estomac a eu lieu après la mort.

Les souffrances de l'estomac auraient pu être sympathiques de l'affection cérébrale: les qualités du suc gastrique auraient pu s'altérer sous l'influence de ces douleurs sympathiques; et après la mort le suc gastrique devenu acide, détruire une portion de ce viscère.

Du reste, si nous consultons Hunter, Spallanzani, Adams, Allan Burns, Jøger, Camerer, Jean Gardner d'Edimbourg, Carswell, nous trouvons des raisons assez péremptoires pour nous affermir dans l'opinion que nous soutiendrions.

Parmi tous ces auteurs ne prenons que Carswell, et reproduisons seulement les conclusions de son travail sur la dissolution chimique ou digestion des parois de l'estomac après la mort, etc., etc. (*Journal hebdomadaire*, t. VII, année 1830).

1^o Le ramollissement, l'amincissement, l'érosion et la perforation des parois de l'estomac chez l'homme, attribués par le plus grand nombre des pathologistes à des conditions morbides de cet organe, peuvent être produits quels qu'en soient la forme, le degré, l'étendue ou le lieu qu'ils occupent, par le suc gastrique acide;

2^o Aucune condition pathologique de l'estomac ou d'un autre organe ne paraît nécessaire au développement de ces lésions;

3^o On les trouve toutes chez les hommes qui meurent subitement en pleine santé, et chez ceux qui succombent à la suite de maladies diverses;

4° On les trouve dans des estomacs sains et malades qui contiennent du suc gastrique acide ;

5° On les produit à volonté en introduisant de ce même fluide dans des estomacs sains et morts.

6° La forme, le degré, l'étendue de ces lésions ne sont que des modifications de la dissolution chimique des parois de l'estomac que produit le suc gastrique dont l'action chimique est subordonnée à un certain nombre de conditions mécaniques et physiques dans lesquelles peut se trouver cet organe après la mort.

7° Le ramollissement, l'érosion et la perforation par le suc gastrique s'observent dans d'autres organes comme dans l'estomac ; c'est-à-dire l'œsophage et les intestins, le péritoine, le foie, la rate, le diaphragme, etc., etc., à la suite de la perforation de l'estomac et de l'œsophage.

Qu'il me soit permis, en terminant, de dire que j'ai eu occasion d'observer à la Charité, chez M. le professeur Fouquier, pendant les fortes chaleurs de l'année 1838, deux cas de perforation spontanée de l'estomac chez deux jeunes malades atteints de fièvre typhoïde et morts le même jour à la même heure.

L'autopsie fut faite 27 heures après la mort, par M. Beau, alors chef de clinique.

Chez l'un de ces malades qui était un jeune homme de 18 à 20 ans, l'estomac était perforé en 3 endroits : deux de ces perforations étaient larges comme une pièce de 2 francs ; l'autre, comme une pièce de 10 sols. Elles occupaient toutes le grand cul-de-sac et la grande courbure de l'estomac. Le diaphragme était également perforé. Des liquides bilieux étaient répandus dans l'abdomen ; le péritoine était également rose.

L'autre malade était une jeune fille de 15 à 16 ans. L'estomac était détruit en 5 ou 6 points. Une perforation était large comme une pièce de 5 francs, les autres plus petites qu'une pièce de 5 sols : l'œsophage était également per-

foré sur son côté droit dans une longueur de plus de deux pouces. Des liquides bilieux occupaient la cavité pleurale.

Les deux malades ne s'étaient jamais plaints de l'estomac. Chez l'un et chez l'autre il y avait des ulcérations de la muqueuse intestinale; mais la plupart étaient en voie de cicatrisation.

Extrait du rapport de M. MAX. DURAND-FARDEL (1), sur l'observation précédente.

Deux opinions sont en présence relativement à la nature du ramollissement cérébral : la première considérant l'altération connue sous ce nom, comme inflammatoire, comme une encéphalite ; la seconde la regardant tantôt comme inflammatoire, tantôt d'une nature toute différente. Ainsi, on en a fait une altération anémique ou même gangréneuse, par diminution ou par cessation de l'abord du sang, une lésion scorbutique, ou putride, ou *sui-generis*, ou dépendant des progrès de l'âge. Les auteurs qui se sont le plus attachés à généraliser l'idée de la nature inflammatoire du ramollissement cérébral, MM. Bouillaud et Lallemand n'ont pu s'occuper du ramollissement des vieillards, parce qu'ils ne l'avaient pas observé; quant aux autres observateurs, frappés de la fréquence de cette affection à un âge avancé, ils se sont figuré que cette circonstance devait tenir à quelque chose de spécial, et leur imagination a travaillé d'après cette idée.

Il est, à ce propos, un fait bien remarquable, et sur lequel il convient de fixer la plus grande attention, parce que ce n'est pas seulement un fait scientifique, mais en-

(1) Voir comme complément des idées générales émises dans ce rapport un mémoire de l'auteur sur le ramollissement du cerveau (Archives générales de médecine. Janvier 1842).

core un fait philosophique. C'est que parmi les auteurs qui ont émis des théories diverses sur la nature du ramollissement cérébral, il n'en est pas un, pas un seul qui ait cherché à appliquer ses idées théoriques aux faits en particulier; je m'explique : ces écrivains, et je parle de tous ceux qui peuvent faire autorité en cette matière, Rostan, Andral, Abercrombie, Copland, Carswell, etc., disent : le ramollissement est tantôt inflammatoire, tantôt d'une autre nature; mais vous attendez inutilement qu'ils vous indiquent les caractères de l'une et de l'autre de ces altérations : ils rapportent des observations; mais vous cherchez en vain quelque classement, quelque appréciation des faits particuliers..... En un mot, cette distinction de plusieurs espèces de ramollissement, ces auteurs en parlent bien lorsqu'ils traitent de la nature de la maladie; mais lorsqu'il s'agit de ses symptômes, de ses caractères anatomiques, de son étiologie, de sa marche, etc., il n'en est plus question. Cependant un des auteurs qui ont le mieux écrit sur le ramollissement, le docteur Carswell, veut indiquer les différences anatomiques du ramollissement par oblitération des vaisseaux, et du ramollissement par inflammation; voici comme il s'y prend : je traduis littéralement : « Pour distinguer le ramollissement par oblitération du ramollissement produit par l'inflammation, il est seulement nécessaire de reconnaître la présence de l'état morbide des artères que nous avons décrit (1). »

Il est cependant bien important de savoir à quoi s'en tenir sur cette question : il n'en est point dont l'intérêt soit plus pratique. En effet, si le ramollissement est de sa nature, inflammatoire, nous possédons des indications pré-

(1) To distinguish softening from obliteration from softening produced by inflammation, it is only necessary to ascertain the presence oh the morbid state of the arteries which we have described (The Cyclopædia of practical medecine; vol. iv, p. 6).

cises pour son traitement ; que si, au contraire, le ramollissement est tantôt inflammatoire, tantôt autre chose, nous ne saurons plus que faire : nous devons chercher un remède spécifique pour le ramollissement *sui generis* ; nous nous garderons d'employer les anti-phlogistiques dans le ramollissement anémique ; nous signifierons au malade atteint de ramollissement par oblitération des vaisseaux, par gangrène, qu'il n'a rien à attendre de nous, et nous serons surtout fort embarrassés, jusqu'au moment où on nous aura appris à quel signe se reconnaîtront les ramollissements spécifiques, anémiques, séniles, putrides, etc.

Si le ramollissement cérébral est très-fréquent dans la vieillesse, il s'en faut de beaucoup que ce soit une maladie propre à cet âge : si elle a été spécialement étudiée dans des hospices consacrés à la vieillesse, c'est que ce sont en même temps des hospices d'infirmités et d'incurables ; si toutes les fois que vous trouvez un ramollissement dans un cerveau de vieillard, vous avez le soin ou le pouvoir de remonter à l'origine de la maladie, vous trouverez très-souvent que cette dernière remonte à une époque bien antérieure à la vieillesse, et vous acquerez promptement alors la conviction que le ramollissement du cerveau est une maladie une et semblable à elle-même à toutes les époques de la vie, semblable pour les formes symptomatiques variées qu'elle peut revêtir, et pour les caractères anatomiques qui lui appartiennent. Remarquez encore que la curabilité du ramollissement, seulement indiquée par MM. Lallemand et Andral, et niée si longtemps, je ne sais pourquoi, est devenue un fait aussi certain que la guérison des tubercules pulmonaires, depuis qu'elle est professée par M. Cruveilhier, et qu'elle a été étudiée par M. Dechambre, (Gaz. Médic., 19 mai 1838) et le docteur Sims. (Gaz. Méd., 28 juillet 1838). J'insiste sur ces points, parce qu'ils sont propres à faire ressortir l'importance pratique de la question de la nature du ramollissement.

La première condition, je dirai même la seule, pour arriver à quelque chose de précis sur la nature du ramollissement, et il est singulier qu'elle ait été jusqu'ici aussi complètement négligée, c'est d'étudier le ramollissement à son début, à l'époque où il n'a encore éprouvé aucun de ces changements, inévitables dans toute lésion anatomique un peu ancienne, puis de le suivre successivement à travers toutes les transformations que le temps lui peut faire subir. — Or, personne ne semble s'être encore avisé de suivre une marche si simple, si naturelle, on peut presque dire si facile : on n'a même pas pensé à cette division élémentaire et indispensable du ramollissement aigu et du ramollissement chronique. Au lieu de cela, si, chez un individu paralysé depuis plusieurs années, on rencontre un ramollissement sans altération de couleur, on trouve tout naturel de le classer parmi les ramollissements *blancs* non inflammatoires ; puis on fait encore des ramollissements *jaunes*, des ramollissements *rouges*, etc.

Si vous suivez, dans l'étude du ramollissement, une méthode naturelle, telle que celle qui doit guider dans toute recherche de pathogénie, vous trouverez, je pense, comme il m'est arrivé, que le ramollissement cérébral débute par une congestion sanguine générale ou locale du cerveau. Parmi les faits qui se présenteront à vous, un certain nombre vous démontreront ce que je viens d'avancer avec la dernière évidence, leur interprétation sera facile ; d'autres, moins simples au premier abord, seront bientôt ramenés, par l'analogie, au niveau des premiers ; quelques-uns pourront demander à l'esprit d'induction de plus grands efforts, pour comprendre et démontrer les liens qui les rattachent aux précédents ; puis, n'en doutez pas, vous rencontrerez là, comme ailleurs, de ces cas difficiles, faits pour embarrasser tout travail de dogmatisation, et réjouir la critique, que tout esprit droit accepte et évite de torturer pour satisfaire une doctrine, mais dans lesquels

aussi un esprit bien fait ne voit pas une contradiction nécessaire à des idées mûries par une observation patiente et sincère.

L'observation de M. Millet nous fournit un exemple à l'appui des idées émises dans ce rapport.

Rien de plus facile en effet que l'interprétation des phénomènes observés dans ce cas, dans lequel la localisation des symptômes a si bien suivi celle des lésions anatomiques. Une congestion sanguine frappe l'hémisphère gauche du cerveau ; paralysie incomplète du côté droit du corps, grand embarras de la parole, sans phénomènes généraux, diminution progressive de ces accidents pendant quelques jours, puis apparition soudaine des mêmes symptômes du côté opposé du corps, tandis que les premiers s'évanouissent complètement ; l'hémisphère gauche à son tour est devenu le siège d'une congestion. Et, en effet, nous trouvons, à l'autopsie, une double congestion, moindre dans l'hémisphère atteint le premier, beaucoup plus considérable dans l'autre, et ici un commencement de ramollissement, c'est-à-dire d'inflammation. Est-ce à l'apparition de l'inflammation du ramollissement, qu'il faut attribuer l'apparition de phénomènes généraux, du coma, puis la mort ; tandis que la congestion n'avait encore troublé que le mouvement et la parole, et n'avait point entraîné de symptômes graves ?

Vous me permettez, messieurs, de vous entretenir un instant d'une autre circonstance de cette observation, je veux parler de l'état de l'estomac.

M. Millet dit que tout en étant fort embarrassé pour décider de la nature de l'altération qu'il a décrite, il y verrait un phénomène cadavérique, s'il était obligé de prendre un parti dans cette question, je suis très-disposé à imiter la réserve de l'auteur de l'observation ; mais j'avouerai cependant une grande disposition à embrasser une opinion opposée.

Le troisième jour de l'affection cérébrale, la malade de M. Millet accusait de *violentes souffrances* à la région épigastrique; ce sont les termes de l'observation. Le pouls était depuis trois jours irrégulier, petit et fréquent, caractères beaucoup plus habituels d'une affection abdominale que d'une affection du cerveau. Les jours suivants, elle se plaignait toujours de l'estomac; des plaques de muguet se montrèrent sur la bouche et la langue; le pouls était toujours petit et fréquent, et cependant il y avait alors une amélioration évidente dans l'état cérébral. A une époque plus avancée de la maladie, il n'est plus question de l'état de l'estomac, et le coma profond dans lequel la malade demeura plongée pendant les deux derniers jours, rendit impossible alors toute observation de ce côté.

Les violentes souffrances éprouvées à l'épigastre pendant la vie, et le muguet, me paraissent établir de fortes présomptions en faveur d'une lésion de l'estomac. M. Millet met ces douleurs sur le compte d'une sympathie éveillée par la congestion cérébrale; mais cette explication est peu vraisemblable. C'est l'utérus qui développe habituellement les sympathies douloureuses de l'estomac : les maladies du cerveau ne causent en général que le vomissement. Le muguet a été souvent trouvé, sur le cadavre, accompagné d'inflammation, de ramollissement de l'estomac; ou, pour mieux dire, le muguet n'est-il pas souvent un des symptômes d'une affection de l'estomac?

Quelle était la nature de ce ramollissement? on n'en retrouvait plus de traces, car les parties ramollies avaient complètement disparu comme l'a vu M. Cruveilhier, le péritoine avait évidemment résisté le dernier, car il en restait encore quelques lambeaux. Vous noterez que la perte de substances de l'estomac était entourée d'un liséré rouge.

Un autre fait plus important encore, et qui permet le plus souvent de constater la nature cadavérique des per-

forations de l'estomac, c'est l'absence de péritonite. Or, dans l'observation de M. Millet, le péritoine présentait, dans toute son étendue, quelques légères traces d'inflammation. Cette inflammation, légère parce que sans doute la perforation se serait faite peu de temps avant la mort, mais générale, me paraît encore une des meilleures raisons pour admettre un état pathologique de l'estomac.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVII^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 2 (Avril 1842).

RÉDIGÉ

Par MM. CONTOUR, CRUVEILHIER, DEBROU, DEMAUX,
DURAND-FARDEL, GAUBRIC, GOSSELIN, LIVOIS, PIGNÉ,
RENDU et A. TARDIEU, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. — *Extrait des procès verbaux des séances de la société.*
(1^o Tumeur osseuse dans les parois d'un sac herniaire. — 2^o Ictère des nouveau-nés. Imperforation du canal cholédoque. Pneumonie des enfants à la mamelle. — 3^o Tumeur sanguine dégénérée sous le ligament rotulien. — 4^o Vessie multiloculaire. — 5^o Tubercules de la capsule surrénale. — 6^o Hernie obturatrice étranglée. — 7^o Disposition des vaisseaux en rapport avec la hernie obturatrice. — 8^o Morve chronique chez l'homme. — 9^o Tubercules des os. — 10^o Rétrécissement du bassin. — 11^o Branche transitoire du nerf dentaire inférieur. — 12^o Placenta adhérent).
- B. — *Remarques sur une altération particulière de l'extrémité supérieure du fémur* (observation, rapport, discussion).
- C. — *Des maladies de l'utérus.* (Rapport).
-

(*Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.*)

Présidence de M. CRUVEILHIER.

1^o M. Demeaux montre, sur un vieillard qui a succombé à une apoplexie foudroyante, une hernie très-volumineuse, siégeant dans la région inguinale gauche. Elle est formée par l'S du colon et par une grande quantité de graisse. Le sac est adhérent et la hernie depuis longtemps irréductible. Rien de particulier. Mais en avant de la tumeur herniaire, on découvre une autre tumeur indépendante de la première, très-dure et mobile. Ses pa-

rois sont épaisses et entièrement osseuses; on ne les divisa que par un trait de scie; l'intérieur de la tumeur est moins dur que la coque; il est difficile d'en déterminer la nature. Elle est enfermée dans un kyste séreux qui communique par une petite ouverture avec le sac herniaire lui-même.

2^e M. Lhommeau présente l'appareil excréteur de la bile d'un enfant de trois mois qui a succombé dans le service des nourrices de M. le professeur Trousseau. Le foie était hypertrophié, et d'une couleur olive foncée. La vésicule, logée dans une dépression beaucoup trop grande pour sa capacité, était réduite à une sorte d'appendice allongée du volume d'une grosse plume d'oie; la cavité était tapissée de sang; près de son col, le canal cholédoque, aussi volumineux qu'elle, transparent, était distendu par un mucus incolore et filant, tout semblable à de l'albumine. Il communiquait plus facilement avec le canal hépatique qu'avec le cystique, en partie fermé par le sang trouvé au col de la vésicule, mais il n'y avait pas d'ouverture qui permit d'introduire un stylet fin, ni même du mercure, dans la cavité de l'intestin, où se voyait une petite saillie muqueuse, au niveau de l'ouverture ordinaire. C'est donc un cas d'*imperforation du canal cholédoque*. L'enfant, depuis sa naissance, présentait tous les signes d'une lésion de la sécrétion ou de l'excrétion biliaire; il était fortement ictérique, ses matières stercorales étaient blanches comme du lait caillé, quelquefois colorées par du sang pur ou bien de couleur chocolat. Il a rendu souvent du sang par le nez ou par le vomissement à la suite de la toux. L'estomac et l'intestin contenaient du sang altéré. La mère a dit que son enfant n'avait pas rendu de méconium. Cependant cet enfant mangeait avec appétit, il était d'un bon embonpoint, et ne paraît pas avoir succombé à l'anomalie qu'il présentait. Il avait en même temps des tubercules autour des bronches, dans le parenchyme pulmonaire et sous les plèvres, avec les caractères qui les distinguent à cet âge et dans ces diverses régions et une double pneumonie. M. Lhommeau n'insiste sur cette dernière lésion que pour dire à la société que dans ce cas comme dans ceux où il a pu jusqu'à présent faire cette expérience, toutes les cellules se ~~font~~ facilement laissées pénétrer par l'air, même sous les points complètement *carnifiés*, et qui se précipitaient au fond de l'eau, avant l'expérience, et que l'insufflation faisait ainsi disparaître ou modifiait singulièrement les

caractères anatomiques de la maladie. Les conséquences de ce fait auront une grande importance pour le diagnostic de la pneumonie chez les enfants à la mamelle.

3° M. Denonvilliers présente une *tumeur* remarquable par son siège et par sa nature. Placée au côté externe du *ligament rotulien*, elle envoyait un prolongement en dedans jusqu'au côté interne de la rotule. Quand on pressait en dehors on sentait en dedans un léger soulèvement, et l'on percevait une fluctuation tellement manifeste que l'on croyait à une tumeur simplement liquide. M. Denonvilliers avait pensé pourtant qu'elle était demi-solide. Quand on refoulait la rotule en l'abaissant on voyait que la saillie formée par la tumeur était limitée par le repli inférieur de la synoviale, ce qui prouvait qu'elle ne communiquait pas avec l'articulation. Il y a neuf ans que le malade qui en était porteur avait vu pour la première fois se former en ce point une petite tumeur qui s'était ouverte d'elle-même, et d'où était sorti un peu de sang. La tumeur s'était bientôt reproduite, et en un an elle était arrivée au volume qu'elle a conservé depuis huit ans. Elle était d'ailleurs la cause d'inflammations fréquentes qui rendirent l'opération nécessaire. — On reconnut bien qu'elle ne communiquait pas avec la cavité articulaire et la dissection l'isola de la synoviale. — Quant à sa nature la tumeur principale est formée par de petits noyaux fibrineux qui paraissent tenir à une transformation du sang épanché anciennement. Le prolongement est de la même nature, et cela est d'autant plus manifeste que le sang y est encore visible.

4° M. Pigné montre une *vessie* recueillie chez un homme qui a succombé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Denonvilliers. Le volume est énorme. La paroi interne est rugueuse et épaissie; on y remarque quatre ouvertures circulaires d'un diamètre inégal, mais admettant facilement un doigt, et communiquant chacune isolément avec des diverticulum distincts, dont l'un a le volume de la tête d'un enfant. Ces poches sont placées sur les parties latérales, et leurs parois sont considérablement hypertrophiées. On n'a eu sur les symptômes aucun renseignement précis. L'urine contenait seulement une telle abondance de mucosités que la sonde en était à chaque instant obstruée. — Les poches existent surtout sur la partie latérale.

5° M. Livois montre une *capsule surrénale* qui contenait des

tubercules, sans que le rein correspondant en présentât, circonstance que M. Rayer a signalée comme une exception à la loi qu'il avait cru pouvoir tirer de faits précédemment observés.

6° M. Livois rapporte qu'une vieille femme entra à la Charité, dans le service de M. Rayer, avec tous les signes d'un étranglement interne, vomissements répétés de matières fécales, douleur abdominale; les purgatifs amènent une évacuation assez abondante. — Les anneaux ombilical, cruraux et inguinaux avaient été soigneusement examinés pendant la vie. Aucun n'avait donné signe de douleurs. A l'autopsie on trouva une hernie étranglée de l'iléon par le *trou obturateur*. La tumeur, qui avait le volume d'un petit œuf de poule était masquée de toutes parts par les muscles; en dedans le droit interne, le premier et le deuxième adducteur; en dehors, le psoas; en avant le pectiné, de telle sorte qu'il était impossible de la voir saillir à l'extérieur. — L'artère obturatrice née de l'épigastrique, placée d'abord au-dessus du sac le contournait en tous sens.

7° M. Demeaux présente une pièce propre à montrer la disposition des vaisseaux autour de la *hernie obturatrice*. Déjà, dans un cas présenté par lui il y a quatre ans, ainsi que dans un autre dû à M. Fiaux, on voyait l'artère obturatrice née de l'hypogastrique placée en dehors du collet du sac dans le bassin; au-dessous de lui, au niveau du trou obturateur, et à la partie interne du côté de la cuisse. Il n'en était pas de même dans la pièce précédemment décrite et soumise à la société par M. Livois, où l'artère obturatrice naît de l'épigastrique et se trouve placée d'abord en-dedans, puis en haut pour se diviser presque immédiatement en deux branches, dont l'une traverse le trou obturateur tandis que l'autre se perd dans les muscles. — Dans le nouvel exemple que présente M. Demeaux la disposition est exactement la même que dans les deux premières pièces. Ainsi le sac herniaire se trouve compris entre une arcade osseuse qui est placée supérieurement, et une demi-spire artérielle qui le contourne inférieurement et va se rendre aux insertions des muscles adducteurs. — De plus une branche de la circonflexe interne paraît au-devant du sac en remontant vers le pubis.

8° M. A. Tardieu montre les fosses nasales d'un malade qui vient de succomber à la *nerve farsineuse chronique* dans le service

de M. Rayer à la Charité. — Cet homme était maréchal-ferrant, depuis onze ans, et employé dans une maison où l'on faisait aussi de la médecine vétérinaire. Il avait été chargé particulièrement de panser un cheval qui avait plusieurs abcès, un entre autres situé au garrot, répandant une odeur infecte ; ce cheval, du nom de Bieu, fut retrouvé au roulage du Château-d'Eau, et l'on constata qu'il était atteint de la morve chronique. Le jeune malade, jusque-là bien portant, et n'ayant jamais eu d'affections vénériennes, commença vers la fin de décembre 1840 à voir se développer des abcès nombreux en différents points du corps. Pendant quatorze mois qu'il resta à l'hôpital, il ne présenta d'autres symptômes que ces abcès, de la diarrhée, et un dépérissement graduel. — Les abcès s'étaient cicatrisés une première fois, il y a à peu près un an. Le malade, dont les forces étaient un peu revenues, avait pu quitter la charité et se regarder comme guéri. Mais il ne tarda pas à retomber. De nombreux foyers se formèrent, la constitution s'altéra de plus en plus, et il succomba dans le marasme le 5 mars 1842. — Jamais il n'avait accusé aucune douleur du côté des fosses nasales. On n'avait noté ni épistaxis, ni jetage purulent par les narines, ni fétidité de l'haleine. — La respiration était à peu près normale, il n'y avait ni toux ni expectoration. — A l'autopsie, outre les traces d'anciennes suppurations dans le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles et les articulations, on trouve sur l'extrémité du tibia du côté gauche et du radius du côté droit le périoste décollé par une nappe de pus et au-dessous une véritable ostéite. Dans les fosses nasales, la cloison présente une perforation de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, à bords réguliers entourés d'un cercle rougeâtre en forme de bourrelet saillant et fongueux. La lame osseuse est dénudée et nécrosée. En arrière, sur la partie postérieure de la cloison, et sur les cornets, on trouve la membrane muqueuse boursouflée et infiltrée de pus et de sang. La même altération se remarque sur la partie la plus reculée de la voûte palatine. — Les poumons sont le siège de nombreux abcès métastatiques. Le larynx, la trachée et les bronches sont sains. C'est la première fois que les caractères de la morve chronique ont pu être observés chez l'homme dans les fosses nasales. Tous les cas jusqu'à présent s'étaient terminés par la morve aiguë, et les lésions récentes avaient empêché de distinguer d'autres altérations véritablement chroniques comme celles-ci.

9° M. *Gaubric* présente des *vertèbres* d'un jeune homme de dix-sept ans qui n'avait pas de *tubercules* dans les poumons, mais seulement dans la rate. — Dans la colonne vertébrale on en trouve à la fois sous la forme enkystée et à l'état d'infiltration. Le fibro-cartilage, entre la dixième et la onzième dorsale, est entièrement détruit. Il y a dans les vertèbres voisines l'infiltration qu'a décrite M. Nélaton : en effet le tissu est éburné et on ne trouve plus de vaisseaux. — A la partie postérieure du corps de la vertèbre on trouve une cavité tapissée par une fausse membrane de 0,005 d'épaisseur, gélatiniforme grisâtre, et contenant une nécrose due à l'enkystement du tubercule. — Cette manière de voir est appuyée par M. Chassaignac qui retrouve de la matière tuberculeuse ramollie dans le ligament jaune.

10° M. *Demeaux* présente un *rétrécissement du bassin*, trouvé chez une femme qui est morte à la suite d'un double accouchement très-laborieux. Le premier enfant présentait l'épaule, le second la face. On fut obligé de terminer la délivrance par la céphalotripsie. — Il n'y eut d'ailleurs ni hémorrhagie ni perforation de l'utérus ou du péritoine. A l'autopsie on trouva une déviation de l'épine qui n'était pas apparente pendant la vie, et un rétrécissement considérable du bassin. Le diamètre sacro-pubien n'a que 0,08, le sacro-cotyloïdien gauche 0,065, tandis que le droit est plus grand. — Enfin, entre la symphyse et les cavités côtyloïdes, il existe un espace moindre qu'à l'état normal. Pendant le travail les symphyses avaient acquis une mobilité qui est restée insuffisante.

M. *Depaul* signale ce bassin comme offrant quelques-uns des caractères de ceux que Neegole a décrits sous le nom d'oblique ovalaire. — la disposition en est remarquable. Le sacrum est inégalement développé. La moitié latérale droite est plus considérable que la gauche. Il semble qu'il y ait un aplatissement, une atrophie générale de toute la partie droite. Il faut noter aussi la courbure des fémurs qui coïncident presque constamment avec une déviation rachitique du bassin. La présentation vicieuse de deux fœtus était aussi un indice d'un vice de conformation qu'il a dû être difficile de méconnaître durant le travail.

11° M. *Giraldès* appelle l'attention de la société sur une particularité anatomique que présente le *nerf dentaire inférieur*. C'est

une *branche nerveuse transitoire*. Or on sait que les organes transitoires sont le plus ordinairement vasculaires et ne se rencontrent presque jamais dans le système nerveux. — Derrière la dernière molaire, on trouve une grosse branche qui se détache du nerf dentaire inférieur et remonte en contournant le germe dentaire pour s'épanouir dans la membrane gingivale. Ce rameau est d'autant plus remarquable qu'il est le plus volumineux de tous ceux qui existent dans ce point chez les enfants nouveaux-nés. — M. Giralès pense que l'on pourrait trouver dans cette disposition anatomique la source d'une action réflexe de la moëlle qui expliquerait les convulsions de la première enfance par l'irritation que produit sur ce nerf la dernière molaire. — M. Ern. Cloquet ne voit pas pourquoi on attribuerait exclusivement à ce nerf un phénomène qui peut aussi bien appartenir à tous les autres rameaux nerveux.

12° M. Depaul expose le fait suivant : Une femme accouchée depuis un an, pour la première fois, étant redevenue enceinte au mois d'octobre, fit en décembre une fausse couche, peut-être provoquée. Elle eut une perte très-abondante pendant trois semaines, qui ne cessa jamais complètement, et succomba aux progrès d'une tumeur attenant à l'utérus (présentée par M. Rotureau dans la dernière séance. (On trouva dans la cavité de la matrice une petite tumeur allongée ayant la forme de l'utérus, pédiculée, adhérant fortement au fond en arrière, qui a tous les caractères du tissu placentaire. Il serait donc possible, comme l'avait avancé M. Maslieurat, et quoiqu'on l'ait nié, que le placenta retenu contractât des adhérences avec l'utérus.

**Remarques sur une altération particulière de l'extrémité
supérieure du fémur,**

**Par M. ALF. RENDU , aide d'anatomie à la faculté
de Médecine.**

Dans les premiers jours du mois de décembre 1841, on apporta aux pavillons de l'école de Médecine un sujet destiné à servir aux dissections. Ce sujet du sexe masculin était grand, fort, bien musclé, et paraissait âgé d'une cinquantaine d'années.

La hanche du côté droit présentait une difformité à peu près analogue à celle que l'on observe dans les luxations en haut et en arrière, qui succèdent aux coxalgies. Le membre de ce côté était raccourci, la pointe du pied tournée en dedans, et une tumeur osseuse, du volume de la tête du fémur, se faisait sentir au niveau et en arrière de la cavité cotyloïde; cette tumeur suivait les mouvements imprimés au membre correspondant.

La pièce disséquée avec soin, nous reconnûmes que les muscles avaient conservé leur volume et leur couleur naturels; les vaisseaux artériels et veineux n'offraient aucune particularité remarquable, non plus que le nerf sciatique. Les parties molles enlevées, on reconnut que la tumeur était due au grand trochanter qui, par suite d'une courbure de l'extrémité supérieure du fémur, se trouvait déjeté en arrière. La capsule articulaire était intacte et nullement malade. L'articulation permettait un accomplissement parfait de tous les mouvements qui dans l'état normal s'exécutent dans l'articulation coxo-fémorale.

L'extrémité supérieure du fémur présentait une courbure à convexité dirigée en avant et un peu en dehors dans la partie supérieure surtout. Vers la partie inférieure de cette courbure la convexité se dirigeait plus en avant, et la face antérieure du corps du fémur tendait elle-même à se porter en dedans.

Dans toute l'étendue de cette courbure, l'os a légèrement augmenté de volume : toute la surface est rugueuse, inégale, et d'une teinte blanc-jaunâtre, analogue à celle de l'ivoire. La surface concave, opposée à la précédente, dirigée en arrière et un peu en dedans, n'offre qu'en partie l'aspect éburné ; elle est rugueuse et légèrement rougeâtre dans quelques points. Le petit trochanter a disparu, et la ligne saillante qui réunit cette éminence au grand trochanter est plus prononcée que dans l'état normal. Soixante millimètres environ au dessous de cette crête, on en voit une seconde qui embrasse toute la circonférence de l'os et affecte une direction oblique en bas et en dehors. Il semble au premier coup d'œil que cette crête soit la trace d'un cal d'ancienne date.

L'os scié dans sa longueur permet de constater l'intégrité de la tête et du col du fémur : la direction seule de ce dernier est changée ; il fait avec le corps de l'os un angle droit.

Dans toute la portion de l'os où siège la courbure, on aperçoit une substance de nature particulière et contenue dans une cavité, large à la partie supérieure, étranglée à la partie moyenne, pour s'élargir de nouveau inférieurement. Cette cavité est plus rapprochée de la face antérieure de la courbure que de la postérieure. Les parois ont l'aspect éburné que déjà nous avons signalé ; elles sont à l'intérieur inégales, rugueuses supérieurement, plus lisses inférieurement. La portion rétrécie de cette cavité correspond à la crête oblique inférieure. La moitié supérieure de cette cavité, qui est la plus large et qui occupe l'intervalle compris entre les deux trochanters, contient un tissu d'un gris clair, assez ferme et résistant, adhérent aux parois, mais s'en laissant toutefois assez facilement séparer. Ce tissu, analogue à de la couenne de lard, mais plus résistant, n'est pas la seule substance qui remplit cette cavité. À l'intérieur de ce tissu lardacé est une matière pulpeuse,

mollasse, ressemblant à de la graisse et dépourvue de consistance. Au niveau de la portion rétrécie de la cavité se trouve également de la matière lardacée, au milieu de laquelle on voit une parcelle osseuse. La cavité inférieure renferme aussi une matière lardacée, en tout semblable à la précédente, continue à celle ci, qui elle-même fait suite à celle renfermée dans la loge supérieure.

Les parois de la cavité inférieure ne sont pas tellement complètes que la moelle ne soit inférieurement en contact avec cette substance lardacée. La moelle cesse brusquement où la matière lardacée commence. Soixante millimètres au-dessous de ce point la moelle présente un épanchement sanguin peu considérable.

Le reste de l'os est normal dans sa forme, sa couleur et sa consistance.

La déformation du fémur, la saillie qui contourne son extrémité supérieure, et surtout les espèces de jetées osseuses qui se voient à l'intérieur de l'os et étranglent la cavité que l'on observe, sembleraient faire croire à une ancienne fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Cette fracture se serait consolidée d'une manière normale; puis le col, devenu plus tard le siège d'une altération particulière, aurait permis à l'os altéré dans sa substance de subir la déformation qu'il présente aujourd'hui. Telle était la manière dont au premier abord nous nous étions rendu compte de l'altération du fémur; mais en examinant la pièce avec plus de soin, il a été facile de voir que l'os ne présentait aucune trace d'ancienne fracture consolidée. En effet, la crête osseuse que nous avons signalée est si peu prononcée et tellement régulière que dans la supposition où une fracture aurait eu lieu, il eût fallu un contact bien exact des fragments pour obtenir une telle réunion; de plus cette crête est moins marquée encore à la face postérieure de la courbure, et la partie de l'os située au-dessus de cette crête est si exactement sur le même

plan que celle qui est au-dessous, que l'on ne peut admettre qu'il y ait eu fracture et réunion si exacte des fragments, surtout lorsque l'on songe à combien de muscles forts et puissants vient donner attache cette extrémité supérieure du fémur, combien sont nombreuses les causes de déplacement des fragments, et combien il est difficile d'obtenir une coaptation exacte. Si nous ajoutons à cela, d'une part, l'étendue de l'aspect éburné de l'os, et, de l'autre, l'état normal et cellulaire que présente à l'intérieur la portion de l'os en rapport avec la crête indiquée, nous en concluons qu'il n'y a point eu fracture de l'extrémité supérieure du fémur, et que l'altération observée ne peut être attribuée à une dégénérescence du cal.

Il nous semble que l'on peut, avec plus de raison, rapporter l'altération observée sur ce fémur à ce genre de lésions que Boyer décrit sous le nom de *spina ventosa*, et que l'on désigne par la dénomination plus générale d'ostéosarcome. Nous retrouvons en effet une matière qui a tous les caractères assignés à cette espèce de dégénérescence cancéreuse connue sous le nom de *tissu lardacé*. Cette matière, assez ferme et résistante, renferme dans son intérieur une substance pulpeuse et jaunâtre, qui semble n'être que la substance lardacée, ramollie, que le cancer arrivé à une période plus avancée de dégénérescence.

La substance lardacée est renfermée presque complètement dans une sorte de coque d'un tissu éburné; il semble que la nature ait cherché à isoler cette matière de formation nouvelle, qu'elle ait cherché à préserver de son contact les parties environnantes. Deux hypothèses se présentent pour expliquer la formation de ce tissu éburné; ou bien le périoste a sécrété par sa force interne le suc osseux qui a formé ce tissu éburné, ce qui ne nous paraît pas probable, attendu l'état d'intégrité dans lequel se trouvait le périoste, son peu d'adhérence au tissu éburné; et de plus ce tissu éburné, dans quelques endroits, n'est point en

contact avec le périoste; entre lui et cette membrane existe du tissu osseux à l'état normal.

On pourrait peut-être admettre que la membrane médullaire qui tapisse les cellules du tissu osseux dans sa portion spongieuse, a été le siège primitif de la maladie; que la matière lardacée, production nouvelle ou membrane dégénérée, à mesure qu'elle a acquis plus de volume, a refoulé les lamelles osseuses du centre à la circonférence, première cause de l'aspect compact et éburné de l'os; et nous sommes d'autant plus porté à admettre cette explication que la coque osseuse manque vers la partie inférieure au niveau du canal médullaire, là où les lamelles ne trouvant pas le point de résistance qu'offrait le pourtour de l'os dans les autres endroits, n'ont pu s'appliquer les unes aux autres et compléter la coque du tissu éburné. Mais les rapports qui existent entre la membrane médullaire et le tissu osseux sont trop intimes pour que, la première étant malade, le tissu osseux lui-même ne s'en ressente pas, et alors, dans les premiers temps de la maladie, sous l'influence de l'altération de la membrane médullaire, le tissu osseux lui-même s'est trouvé modifié dans quelques-unes de ses propriétés et dans sa nutrition, seconde cause de l'état éburné de l'os.

La consistance de l'os diminuée, l'extrémité supérieure du fémur n'a pu supporter comme dans l'état sain le poids du tronc qui, agissant de haut en bas, presse sur la tête du fémur, tandis que le pied, trouvant sur le sol une surface solide, transmet à l'extrémité supérieure du fémur la résistance qu'il y rencontre. L'extrémité supérieure du fémur a cédé, et, à mesure que la courbure s'est prononcée, la tête du fémur a subi un mouvement de rotation sur son axe, en vertu duquel le grand trochanter, de supérieur qu'il est dans l'état normal, est devenu postérieur à l'articulation coxo-fémorale. Les muscles puissants qui s'insèrent à cette éminence ont aussi exercé leur action, et, ti-

rant à eux le grand trochanter, ils ont aidé à son déplacement. Quant au changement de direction de la face antérieure du fémur, qui a amené la rotation du pied en dedans, elle nous semble être un résultat nécessaire de la forme et de la direction de la courbure décrite plus haut. Tel est le mode suivant lequel nous avons cru pouvoir expliquer, d'une part, la formation de la coque de tissu compact et ébourné; de l'autre, la courbure et la déviation de l'extrémité supérieure du fémur. Nous avons dit les raisons qu nous portaient à croire que l'altération dont il est ici question n'est point une affection du cal, mais bien un exemple de cette altération que l'on connaît sous le nom d'ostéosarcome.

Rapport de M. PIGNÉ sur le travail de M. RENDU.

La pièce présentée et décrite par M. Rendu offre le plus grand intérêt, et je crois devoir appeler l'attention sur plusieurs des particularités qu'elle présente.

D'abord examinons les opinions émises par M. Rendu.

1° Il écarte l'idée d'une fracture consolidée dont le cal, par suite d'une altération particulière, se serait déformé; son opinion repose surtout sur la difficulté que l'on aurait eue d'obtenir une réduction aussi parfaite et une coaptation aussi exacte.

2° Il est porté à croire qu'il y a là une affection carcinomateuse, un ostéo-sarcome qui à son début aurait ramolli l'os et lui aurait permis de se courber sous le poids du corps et sous l'action des muscles fessiers, et qui plus tard aurait déterminé une hypertrophie et une éburnation de l'os.

Y a-t-il eu là une fracture consolidée?

Le cal a-t-il été ramolli ou altéré au point de fléchir sous le poids du corps?

Y a-t-il eu là une affection carcinomateuse ?

Telles sont les questions soulevées par M. Rendu, et il adopte cette dernière opinion. Quant à nous, après avoir scrupuleusement examiné la pièce, l'avoir comparée aux différentes pièces qui ont plus ou moins d'analogie avec elle, nous sommes porté à croire qu'il n'y a jamais eu là de fracture, et qu'il n'y a pas non plus d'affection cancéreuse. Nous allons nous expliquer.

Et d'abord complétons la description de ce fémur, en insistant sur plusieurs points incomplètement indiqués.

A l'extérieur le fémur présente à sa partie supérieure un volume très-considérable, et ce volume tient évidemment, non à une superposition de couches calcaires, mais à une véritable hypertrophie du tissu osseux. En effet nous ne rencontrons là aucune des rugosités ni des aspérités propres au tissu osseux de formation nouvelle; nous ne rencontrons là aucune des porosités essentiellement propres au tissu osseux accidentel. Bien plus, la compacité de l'os est notable, et dans plusieurs points il y a éburnation. A quatre pouces au-dessous du grand trochanter, on remarque une ligne flexueuse circulaire qui contourne tout le fémur, et dont les dentelures rappellent celle par laquelle, à un âge moins avancé, les épiphyses sont en contact avec le corps des os.

A l'intérieur de l'os nous remarquons une coque osseuse d'un tissu dense, compact, éburné, qui sépare la cavité morbide du tissu aréolaire de la tête du fémur, et qui sépare également cette cavité du tissu aréolaire du grand trochanter; plus bas et en dehors, cette coque éburnée se confond avec le tissu osseux du fémur; en dedans, cette coque est séparée du tissu compacte du fémur par une couche aréolaire.

A l'intérieur de cette cavité, on voit que ses parois sont dures, compactes, lisses dans quelques points et légèrement rugueuses dans d'autres; cette cavité est divisée en

deux portions à l'aide d'un étranglement constitué par une dépression du tissu compacte de la partie interne du fémur. La portion supérieure est plus spacieuse que l'inférieure. Cette double cavité est remplie par le tissu particulier indiqué plus haut, et dont l'aspect ressemble plus à du tissu fibreux qu'à du tissu squirrheux, et dans plusieurs points de ce tissu on rencontre de la graisse pure. Enfin la cavité supérieure est percée de plusieurs trous analogues à des trous vasculaires.

Le reste de la cavité médullaire de l'os est remplie par du tissu adipeux.

Maintenant voyons ce qui se passe lorsqu'un os est pris de cancer, et comparons les phénomènes anatomiques que l'on observe alors avec ceux que nous avons sous les yeux.

Un cancer qui se développe dans un organe, un os par exemple, tend à convertir cet organe en un tissu qui lui est propre ; il attaque l'os et s'en approprie la substance : la tumeur carcinomateuse se confond insensiblement avec la substance osseuse, de manière à ne pas permettre qu'on distingue une ligne de démarcation entre l'os sain et l'os malade.

Une tumeur carcinomateuse qui attaque un os le détruit par parcelles, et l'on peut en rencontrer encore quelques traces mélangées avec le tissu morbide ; une pièce d'os détachée et englobée dans une masse cancéreuse, loin de continuer à vivre, se ramollit sous l'influence du cancer et finit par être absorbée par lui.

Au centre d'une tumeur cancéreuse développée, n'importe dans quelle région, on ne rencontre jamais de tissu graisseux pur, ayant pour ainsi dire une existence isolée au milieu du tissu morbide ; bien plus, le tissu graisseux semble être antipathique avec le tissu cancéreux ; car, dans le cas où le cancer n'est pas enkysté, le tissu cellulaire voisin se délivre de sa graisse et subit lui-même diverses altérations.

Le tissu carcinomateux qui se développe au centre d'un os peut dans quelques cas donner lieu à une irritation du périoste, en vertu de laquelle cet organe fournira une déposition d'os nouveau ; mais je ne sache pas que cette affection ait jamais donné lieu à une hypertrophie pure et simple.

Une tumeur cancéreuse, assez avancée pour déterminer un ramollissement capable d'imprimer une courbure considérable à un os, peut-elle s'arrêter dans son développement, et permettre à l'os de se raffermir et de s'éburner ? C'est un phénomène au moins douteux et que je suis loin de croire admissible.

Si ces considérations sont justes, l'altération qui nous occupe n'est pas un cancer du fémur ; car là nous voyons que la substance osseuse qui est immédiatement en contact avec l'altération et dans une intégrité parfaite, est exactement limitée, et nulle part ne se confond avec le tissu morbide ;

Qu'au centre de ce tissu accidentel existe un fragment osseux qui lui est intimement adhérent, qui n'a subi aucune altération et qui évidemment n'est point frappé de mort ;

Que çà et là dans ce tissu accidentel on rencontre des masses de graisse parfaitement liée, parfaitement homogène, telle, en un mot, qu'on en rencontre dans les régions les plus graisseuses du corps.

Ainsi donc l'altération n'est point pour nous un cancer, comme le veut M. Rendu ; ce n'est point non plus une tracture, et les raisons qu'il a développées nous paraissent concluantes. Quelle est donc cette altération ?

Nous sommes convaincu qu'il existe là tout simplement une masse de tissu fibreux, et toutes les considérations qui tendent à faire rejeter l'idée d'un cancer militent en faveur de notre opinion.

Est-il rare en effet de rencontrer de la graisse au centre

d'un tissu fibreux ? est-il rare d'y rencontrer des pièces osseuses ? Assurément non.

Le tissu fibreux dans les os s'y comporte de deux manières bien distinctes suivant la cause qui a présidé à son développement.

Est-ce une tumeur fibreuse analogue aux polypes ? Elle croît toujours, écarte graduellement les parois osseuses qui, semblables au métal que frappe le marteau, s'aminçissent au fur et à mesure que la tumeur prend du développement.

Est-ce au contraire une masse fibreuse qui a succédé à du tissu cellulaire ? elle reste stationnaire ; sa présence, au lieu d'amincir l'os, y détermine une irritation chronique en vertu de laquelle il s'hypertrophie. Pendant que ce travail a lieu du côté de l'os, un travail important s'opère dans le tissu accidentel : c'était d'abord du tissu cellulaire, il s'est transformé en tissu fibreux, et ce tissu fibreux lui-même tend à se transformer en tissu cartilagineux ou osseux.

Mais vous le savez, le tissu cellulaire qui subit ces divers changements conserve quelquefois dans certaines portions de son étendue les caractères qui lui sont propres ; aussi voyons-nous, dans la pièce de M. Rendu, presque tout le corps de l'os rempli par une masse de graisse pure, et, dans plusieurs points du tissu fibreux, des cavités également pleines de graisse.

Mais quelle peut avoir été la cause de l'existence du tissu cellulaire au centre du fémur ? Tous les renseignements manquent au sujet de ce malade. Toutefois il ne nous répugnerait pas d'admettre qu'à une époque éloignée une affection inflammatoire s'était développée au centre de l'os ; que cette inflammation qui s'était terminée par une suppuration avait détruit la substance aréolaire de l'os et avait été guérie laissant une cavité qui, dans ce cas, a dû, en suivant la loi formulée par M. Cruveilhier, se remplir de tissu cellulaire, et que ce tissu cellulaire a subi les di-

verses transformations que nous avons signalées. Un fait qui semble confirmer l'idée d'une suppuration antérieure, c'est qu'au côté interne de l'os, on voit une large cavité à bords effacés et qui paraît gagner la partie centrale du fémur ; cette cavité ressemble exactement aux ouvertures qui livrent passage à des foyers purulents.

Extrait de la discussion qui s'est engagée au sein de la société sur ce rapport.

M. Lacroix comprend l'embarras de M. Pigné pour déterminer la nature de l'altération qu'il avait à examiner. Cependant, des pièces exposées au musée Dupuytren, et d'une autre part, les faits contenus dans la thèse de M. Stansky suggèrent l'explication la plus simple à la fois et la plus plausible. Il s'agit ici de ce qu'on a appelé un rachitisme local. Dans des cas semblables, au milieu d'un tissu aréolaire qui se développe avec excès, il se fait des épanchements sanguins, dont la fibrine trouvée au milieu est l'indice ; l'hypertrophie de la substance compacte se rencontre aussi toujours. Quant à la mobilité et à la déviation, elles tiennent à une fracture incomplète qui est fréquente dans ces exemples d'ostéomalaxie. — Comme ces faits ne paraissent pas à M. le rapporteur rendre compte de la déformation avec destruction du petit trochanter, M. Lacroix insiste justement sur cette circonstance que le ramollissement des os entraînant le rapprochement des points d'insertion musculaire, il s'en suit nécessairement la destruction des saillies osseuses. Celles-ci en effet s'atrophient constamment quand elles remontent vers les insertions supérieures, et leur présence est toujours liée à la contraction musculaire. — M. Pigné persiste à croire contre M. Lacroix, que la présence de la matière grasseuse a une très-grande importance, puisqu'on ne saurait l'attribuer à la transformation d'un caillotsanguin par laquelle il est possible d'expliquer le tissu fibreux. M. Lacroix a attribué la courbure, la torsion et les différentes altérations que présentait la pièce de M. Rendu à un rachitisme local. Il s'est appuyé, pour soutenir son opinion, sur les exemples que renferme le musée Dupuytren, et sur les faits rapportés par M. Stansky. M. Pigné a vérifié les uns et les autres, et n'a rien trouvé qui puisse se comparer au cas présent. Les obser-

vations de la thèse citée sont sans analogie. Quant aux pièces du musée, elles sont nombreuses, et leur étude, d'ailleurs très-fructueuse, donne un résultat complètement négatif. Les courbures que l'on y observe dans les os rachitiques ne sont pas en rapport avec la direction des muscles. — Sur presque tous on trouve une torsion suivant l'axe, également indépendante de l'action musculaire, car, sur les mêmes os et au même niveau, on rencontre des torsions en sens inverse. — Il y a de plus un aplatissement constant qui n'a pas sur les mêmes os la même forme à des hauteurs semblables. — La disparition des saillies apophysaires que l'on remarquait dans la pièce de M. Rendu n'existe pas dans tous les fémurs rachitiques consignés sous les nos 504, 505, 506, 522, 524 et 525. L'explication que l'on en avait donnée par le rapprochement des insertions musculaires est donc vicieuse, puisque sur tous ces os où le rapprochement est encore plus grand, les saillies sont plus prononcées. D'ailleurs pourquoi le grand trochanter aurait-il échappé à la loi formulée par M. Lacroix? — M. Pigné, dans son rapport, regarde la courbure du fémur comme un résultat de l'inflammation. — Cette opinion que l'on a critiquée, se trouve pourtant énoncée par M. Lacroix lui-même, dans la description qu'il a donnée du musée Dupuytren (p. 695). — M. Lacroix répond que, précisément en cet endroit, il a eu soin de ne considérer l'inflammation que comme une cause exceptionnelle de déviation rachitique. Il persiste à attribuer une grande puissance à l'action musculaire qui, déviée comme les os eux-mêmes, ne peut, dans ses effets, se montrer régulièrement normale.

M. Barth pense que l'on peut émettre et soutenir aisément plusieurs opinions très-différentes au sujet de cette pièce. Mais il ne croit pas qu'il y ait lieu d'admettre une ancienne suppuration simple et primitive. Pour lui l'idée d'une fracture semble réunir bien des probabilités. La déformation en serait une suite naturelle. Quant au tissu intérieur il est évidemment de nature fibreuse, et partant ne saurait être primitif. La transformation du sang et de la matière plastique épanchée s'explique très-bien dans l'hypothèse d'une fracture. Dans tous les cas, et M. Barth insiste hautement sur ce point, la plus grande réserve est nécessaire dans des faits semblables, et l'on ne saurait trop proclamer que le doute est ici le parti le plus sage.

**Rapport sur un ouvrage de M M. H. Blatin et Nivet, intitulé :
*Traité des maladies des femmes qui déterminent des fluxeurs
 blanches, des leucorrhées ou tout autre écoulement utéro-
 vaginal* ,**

par M. MAX. DURAND-FARDEL.

Un livre sur la pathologie de l'utérus est aujourd'hui un livre essentiellement utile. Pour l'étude et pour la thérapeutique d'une classe de maladies si fréquentes, surtout dans l'intérieur des villes, l'élève manque de guide et le praticien de conseils. On doit donc savoir gré à MM. Blatin et Nivet d'avoir essayé de combler quelque chose de cette lacune en publiant un ouvrage sur la leucorrhée. Je vais, Messieurs, vous entretenir quelques instants de cet ouvrage que l'un de ses auteurs vous a présenté à l'appui de sa candidature au titre de membre adjoint de la Société.

Le livre de MM. Blatin et Nivet est intitulé : *Traité des maladies des femmes qui déterminent des fluxeurs blanches, des leucorrhées, ou tout autre écoulement utéro-vaginal*. Ce titre indique que pour les auteurs la leucorrhée n'est autre chose qu'un symptôme, puisqu'ils n'auront point à l'étudier en dehors des maladies qui peuvent la déterminer; cependant la première division qu'ils établissent est celle des écoulements *idiopathiques* et des écoulements *symptomatiques* : or, à la première sont rattachées les inflammations et les phlegmorrhées de la muqueuse génitale ; à la seconde, les sécrétions morbides qui sont l'effet d'une altération sous-jacente à la muqueuse utéro-vaginale ou qui dépendent de la présence de tumeurs, ulcérations, etc. On se demande naturellement en quoi un écoulement est plus idiopathique et moins symptomatique, lorsque l'inflammation est bornée à la muqueuse utérine, que lorsqu'elle s'étend aux portions sous-jacentes ou s'accompagne d'ulcérations. Nous verrons plus loin que les différentes

divisions adoptées par les auteurs ne sont pas plus irréprochables que celle-ci.

La première classe, celle des leucorrhées idiopathiques, renferme donc les écoulements dépendant d'une phlegmasie catarrhale ou d'une phlegmasie de la muqueuse génitale. Ils distingueront, disent-ils, les inflammations aiguës des chroniques, et les phlegmasies catarrhales des phlegmorrhées : la première division est naturelle, mais il n'en est pas de même de la seconde. En effet l'absence de rougeur et d'aucune altération appréciable de la muqueuse vaginale, et l'écoulement d'un liquide blanchâtre ou incolore, tels sont les principaux caractères qu'ils attribuent à la phlegmorrhée (p. 213) ; or, il est une variété de la vaginite chronique où la muqueuse paraît tout à fait saine, où le liquide est d'un blanc jaunâtre, une autre où la rougeur du vagin est peu vive, où l'écoulement peut être blanchâtre (p. 209) ; comment établir sur de semblables caractères, soit identiques, soit à peine différents, une dualité imaginaire, impossible sous le point de vue du diagnostic, inutile sous celui de la thérapeutique et du pronostic ?

L'étude des phlegmasies catarrhales aiguës devait fixer l'attention des auteurs, sous le rapport du diagnostic ; car c'est à elles que se rattachent presque tous les accidents primitifs de la syphilis ; de l'étiologie ; car leur pronostic et leur traitement sont sous la dépendance de leurs causes ; de la thérapeutique, car ils n'ont pas méconnu l'importance d'arrêter dès leur commencement des accidents qui sont en général destinés à se prolonger d'autant plus qu'un temps plus long s'est déjà écoulé depuis leur début. Aussi ont-ils traité ce chapitre avec soin ; cependant il pourrait être plus complet. Ainsi j'ai regretté qu'ils n'aient pas étudié un peu spécialement ces inflammations chez les enfants ; une semblable étude rentrait très-directement dans leur sujet, car ce sont en général les taches produites par l'écoulement qui fixent l'attention sur ces sortes d'affections.

Ces dernières intéressent non seulement la pathologie, mais encore et particulièrement la médecine légale. A Paris, dans certains quartiers surtout, c'est malheureusement une chose bien commune et dans le sein même des familles, que des excès honteux commis sur la personne de petites filles : ces enfants sont en général trop jeunes pour pouvoir être déflorées ; mais, lors même qu'elles n'ont pas eu de contagion à subir, leurs organes délicats conservent presque toujours l'empreinte de manœuvres prématurées. De là, bien des embarras souvent pour le médecin praticien et pour le médecin légiste, car il n'est pas rare non plus de voir chez de jeunes filles impubères des écoulements naître sous des influences spontanées et de diverse nature. J'ai observé plusieurs faits de ce genre, et j'ai cru reconnaître quelques signes qui seraient de nature à faciliter ce diagnostic. Ainsi il m'a semblé que les blennorrhagies, suites de manœuvres coupables, étaient spécialement caractérisées par les circonstances suivantes :

A. La circonscription de la maladie à la vulve et au méat ou au canal urinaire ;

B. La rougeur vive de la muqueuse et l'état d'éréthisme des petites lèvres ;

C. La facilité avec laquelle les accidents disparaissent sous la seule influence d'un régime approprié ;

D. La date récente de la maladie,

Je crois que la réunion de ces circonstances est importante à considérer pour le diagnostic : mais cependant elles ne sauraient encore établir que des présomptions. Il me semble qu'il appartenait à d'anciens élèves de l'hôpital de Lourcine d'éclairer une question dont je ne puis que signaler ici l'importance.

En général, MM. B. et N. admettent trop facilement des espèces et des divisions ; ainsi ils font deux espèces distinctes de la métrite simple et de la métrite blennorrhagique. Mais comment seraient-ce là deux états

pathologiques différents ? mêmes caractères physiques, marche semblable, même traitement, communauté de propriétés contagieuses ? Les causes ne doivent servir à distinguer les maladies que lorsqu'elles leur impriment une différence quelconque. Ainsi, pour les écoulements syphilitiques, il est vrai que MM. B. et N. regardent comme impossible de les distinguer des écoulements non spécifiques, lorsqu'il n'existe aucune complication apparente. Mais, malgré cette identité de physionomie, la différence n'en est pas moins réelle, intime, et cela pour des points divers et les plus importants de leur histoire. En dirais-je autant de la blennorrhagie dartreuse et de la blennorrhagie arthritique, que les auteurs nous font suivre à travers toutes les phases de leur histoire, diagnostic, marche, durée, pronostic ; à quoi bon tant de détails sur des choses hypothétiques, de convention, sur des choses qui n'existent peut-être pas, car pour mon compte j'avoue que je ne comprends même pas ce que ce peut être qu'une blennorrhagie arthritique. A l'époque où nous vivons surtout, époque de détails et de minuties, il faut bien se garder des divisions inutiles ; il ne faut pas d'une bonne chose faire un vice ; il était bien de rétrécir l'observation pour les gens à courte vue, mais il ne faudrait pas non plus la resserrer en deçà d'un point raisonnable.

Dans l'impossibilité où je suis, Messieurs, de vous analyser un ouvrage qui n'a pas moins de 630 pages d'étendue et que scindent une multitude de chapitres, je vais me contenter de vous présenter quelques remarques générales sur l'esprit qui a présidé à sa rédaction et à l'arrangement des sujets nombreux qu'il embrasse.

Nous avons vu que les auteurs avaient rangé dans la seconde partie de leur livre l'histoire des écoulements symptomatiques et des maladies qui les déterminent, et nous avons indiqué ce que cette division nous semblait offrir de peu rigoureux ; celle des faits particuliers, compris dans

cette seconde partie, est loin d'être meilleure. Ils l'ont en effet basée spécialement sur l'état de la muqueuse utérine : ainsi dans la première classe sont rangées les maladies dans lesquelles la muqueuse utéro-vaginale n'est ni détruite ni ulcérée ; dans la seconde, les maladies dans lesquelles la muqueuse génitale est ulcérée ou en partie détruite. Il résulte de là qu'en tête de la première classe vous trouvez la métrite et ses variétés, puis, bien loin dans la seconde, les ulcérations de la muqueuse utérine ; dans la première classe, les engorgements squirrheux et encéphaloides, puis dans la seconde et bien séparées, les ulcérations cancéreuses. Ce classement est évidemment vicieux, puisqu'il sépare ainsi des faits de même nature, qu'il éloigne les unes des autres les formes diverses et les périodes variées d'un même mal.

Du reste, si cet ouvrage nous paraît reprochable au point de vue de la distribution des faits, de l'arrangement des matières, chose si importante en pathologie, la faute en est dans le sujet même, et son titre seul la rendait inévitable. En effet, en intitulant ce livre : *Traité des maladies des femmes qui déterminent des fleurs blanches, etc.*, il est évident que les auteurs ont eu pour but d'étudier spécialement la leucorrhée. C'est une chose bonne en pathologie que l'étude ainsi isolée de ces symptômes importants, communs à maintes altérations différentes, de ces symptômes si tranchés, qu'à une certaine époque on les prenait pour la maladie tout entière. C'est là une des parties les plus instructives de la pathologie générale. Mais cette étude a des limites ; si vous les franchissez, vous passez nécessairement de la pathologie générale à la pathologie spéciale. C'est ce qui est arrivé à nos auteurs. Voulant faire un livre, ils ont compris qu'ils ne pouvaient se restreindre exactement dans l'étude d'un symptôme qui leur avait déjà fourni le sujet d'un mémoire intéressant. Ils ont donc intitulé leur livre : *Traité des maladies qui déterminent la*

leucorrhée. Mais ce titre leur imposait la nécessité de passer en revue à peu près toute la pathologie de l'utérus ; il ne leur permettait pas de ne considérer les maladies de cet organe que sous le point de vue de la leucorrhée, il les forçait d'en faire l'histoire complète. Pourquoi donc n'ont-ils pas intitulé leur livre : *Traité des maladies de l'utérus* ? Ne pensez pas, Messieurs, que ce soit pour une autre raison que par modestie, sentiment surtout honorable aujourd'hui que l'on abuse tellement du titre, et que l'on produit tant de traités complets ou pratiques, qui ne le sont que sur leur couverture.

Le tort de MM. B. et N. est donc de n'avoir pas eu ou de n'avoir pas su donner une idée précise du sujet qu'ils avaient entrepris de traiter : la première condition pour qu'un livre soit bon, pour qu'il fasse honneur à ses auteurs et profite à ses lecteurs, c'est que son plan soit bien arrêté dans l'esprit des premiers, son but facile à saisir pour les seconds : or, c'est par ces deux conditions que pèche essentiellement l'ouvrage de MM. B. et N. Il me paraît évident qu'ils l'ont commencé sans avoir une idée bien nette de la forme et de l'étendue qu'ils lui donneraient ; il est certain qu'après l'avoir lu on se demande quelle a été l'intention de ses auteurs. Ont-ils voulu faire l'histoire de la leucorrhée ? Mais alors pourquoi ces chapitres des engorgements de toutes sortes, des tumeurs fibreuses et ossiformes, des kystes séreux, des hernies vaginales, des fistules vaginales, etc., toutes affections dans lesquelles la leucorrhée ne joue aucun rôle ? Ont-ils voulu traiter des maladies de l'utérus ? Mais alors, à quoi bon un titre aussi long ? pourquoi cette restriction par laquelle ils s'engagent expressément à ne parler que des maladies qui s'accompagnent d'écoulements non sanguins, engagements qu'ils ne pouvaient même pas remplir, puisqu'ils traitaient des polypes, des cancers, etc. ?

J'ai insisté un peu longuement sur cette critique, parce qu'elle s'adresse à des questions d'une incontestable im-

portance, et je m'y suis d'autant plus volontiers arrêté, qu'elle ne touche en rien au mérite de l'ouvrage en lui-même. Cet ouvrage est fait avec soin; quelques chapitres d'étiologie et de thérapeutique en particulier sont traités avec de grands détails; mais on ne trouve peut-être pas toujours assez de choix et de critique dans l'assemblage des faits qui y sont réunis. Ce sont précisément ce choix et cette critique qui doivent distinguer un ouvrage dogmatique des dictionnaires et des compendium, qui ne sont trop souvent qu'une simple et plus ou moins méthodique compilation de faits et d'opinions. Lorsqu'un auteur a pris la peine de rassembler un certain nombre de matériaux, il n'a encore accompli que la moindre partie de son œuvre. Qu'est la lettre sans l'esprit? Les auteurs qui colligent les faits et les opinions des autres, ressemblent souvent à des personnes qui prendraient à tâche de réunir un grand nombre de semences diverses pour en faire une collection aussi complète que possible: jetez quelques graines dans la terre, et vous aurez fait quelque chose de plus utile que si vous en aviez rempli des greniers. MM. B. et N. me permettront encore de faire remarquer qu'ils se sont trop souvent tenus à l'écart dans les diverses questions qu'ils ont eues à traiter: on ne rencontre pas assez dans leur livre ce *nous* dont il ne faut pas sans doute fatiguer son lecteur, mais qui n'est en définitive qu'un légitime témoignage de l'expérience et des méditations qui ont toujours précédé la production d'une œuvre semblable à la leur. Du reste, n'oublions pas quelles difficultés sont attachées au sujet qu'ils ont traité, sujet presque neuf même, au point de vue de la littérature médicale, et finissons comme nous avons commencé, par dire qu'il faut leur savoir gré d'avoir essayé de satisfaire aux besoins de la science et des praticiens, en publiant un travail consciencieux sur la pathologie de l'utérus.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVII^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 3 (Mai 1842).

RÉDIGÉ

Par MM. CONTOUR, CRUVEILHIER, DEBROU, DEMEAUX,
DURAND-FARDEL, GAUBRIC, GOSSELIN, LIVOIS, PIGNÉ,
RENDU et A. TARDIEU, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.* (1^o Fractures multiples. — 2^o Disposition des vaisseaux lymphatiques autour d'une ulcération squirrheuse. — 3^o Cancer de la mâchoire inférieure. — 4^o Tumeur blanche du pied. — 5^o Tumeur blanche du genou. Section du tendon du muscle biceps. — 6^o Hernie inguinale double non congénitale chez un enfant nouveau-né. — 7^o Fracture du col du fémur. — 8^o Anomalie de situation du rein. — 9^o Corps fibreux de l'utérus.
- B. — *Fractures multiples du crâne, de la colonne vertébrale, du sternum et des deux calcaneum.* (Observation et rapport).
- C. — *Anévrysme de l'aorte à son origine.* (Observation et rapport).
- D. — *Fracture de l'extrémité inférieure du radius et de l'apophyse styloïde du cubitus.*
- E. — *Kyste ouvert dans l'intestin.*

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.)

Présidence de M. CRUVEILHIER.

1^o M. Maunoury rapporte qu'un ouvrier, travaillant à genoux, au fond d'une carrière, fut écrasé par un éboulement de terre et de moellons. Il expira trois heures après à l'hôpital Cochin : il y avait diastasis du bassin, fracture en étoiles de la cavité cotyloïde, fracture avec arrachement de la portion supérieure de la

tête du fémur et luxation de l'autre partie de l'extrémité articulaire ; pour tout symptôme de ce déplacement on notait un raccourcissement sans rotation ni déviation du pied. De plus la vessie s'était rompue et l'urine était épanchée dans le ventre.

3° M. *Denonvilliers* montre les trois pièces suivantes : une tumeur du sein, squirrheuse et ulcérée, enlevée par lui récemment, et sur laquelle il a tenté d'injecter les vaisseaux lymphatiques. — En piquant avec le tube à mercure sur la peau, aux environs des points ulcérés, il a vu un réseau lymphatique se ramifier à la surface de l'ulcération, et paraissant communiquer avec les veines, et peut-être avec les artères. Cette disposition, si elle se confirmait par de nouvelles observations, aurait une grande importance pour le fait de l'absorption des sucs cancéreux.

3° Un cancer de la mâchoire inférieure, opéré le 28 février à l'Hôtel-Dieu, et qui paraît s'être développé sur le périoste alvéolo-dentaire. En effet les dents ont été chassées et remplacées par des fongosités. La portion alvéolaire de la mâchoire est seule détruite. La base est devenue très-compacte et très-dense. — Et si on eût voulu la conserver, il eût été à craindre qu'en disséquant la tumeur cancéreuse, et en enlevant le périoste, ce qui eût été indispensable, l'os devenu trop dense, et privé de ses moyens de vitalité, ne se nécrosât.

4. Une tumeur blanche du pied, demi-fluctuante, indolente, bosselée, de nature fongueuse, qui permet de voir sur les cartilages articulaires les moins malades un lambeau de membrane synoviale injectée, qui se continue avec une partie non injectée s'étendant sur toute la surface articulaire. Le cartilage est sain.

5° M. A. *Bérard* montre l'articulation *fémoro-tibiale* d'une femme sur laquelle il a amputé la cuisse. — Le genou était depuis longtemps le siège d'une hydropisie considérable, et d'une déformation résultant du déplacement du fémur en dedans, et du tibia en dehors. — On pouvait réduire la luxation, mais elle se reproduisait constamment. M. Bérard, pour régulariser les rapports des surfaces osseuses, vida l'articulation par une ponction sous-cutanée qui donna issue à cent vingt-cinq grammes de sérosité limpide. En outre, pour maintenir le membre dans une position convenable, il pratiqua la section du tendon du muscle biceps dont la contraction contribuait beaucoup au déplacement. Malgré ces moyens la

luxation ne se maintint pas réduite, et l'on dut, comme dernière ressource, avoir recours à l'amputation.

L'examen de l'articulation malade montre une destruction complète des cartilages sur le condyle externe du fémur et le condyle interne du tibia. — Elle n'est qu'incomplète sur le condyle interne du fémur. Il y a usure des surfaces osseuses ; et le tissu est ébourné aux points de contact. Au voisinage des parties détruites on trouve les traces d'une ostéite, des productions osseuses accidentelles et des végétations à la partie interne du fémur. La rotule est élargie du double par une semblable expansion de ses deux bords latéraux. Les cartilages semi-lunaires et les ligaments croisés ont disparu. — Il n'y a pas de pus, ni dans l'intérieur, ni autour de l'articulation. C'est une forme particulière de la famille très-complexe des tumeurs blanches. — En fixant son attention sur le tendon qui a été coupé, on voit qu'entre les deux extrémités divisées il existe un intervalle de trois centimètres, comblé par une substance dure, résistante, d'une blancheur nacréee, se continuant exactement sans interruption avec les parties divisées. Cette expansion fibreuse envoie des prolongements aux aponévroses voisines avec lesquelles elle adhère. — Dans le tendon du troisième adducteur il y a une ossification complète qui se transforme en une longue apophyse grêle articulée avec le fémur.

M. Demeaux appelle l'attention sur le mode de cicatrisation qui suit la ténotomie, et qu'il a eu occasion de vérifier chez une jeune fille où il y avait, comme dans le cas précédent, écartement des extrémités et formation de tissu intermédiaire. Il en résulte ce fait important pour l'appréciation de quelques-unes des applications de la ténotomie que la cicatrice produit, non pas le raccourcissement, mais l'allongement.

M. Lacroix demande si quelques motifs particuliers indiquaient dans le cas présent l'amputation de la cuisse. On voit en effet qu'il y avait tendance à l'ankylose. M. Bérard a dû céder aux sollicitations de la malade qui voulait à tout prix être débarrassée d'un membre devenu désormais inutile, et qui n'était qu'un obstacle à toute espèce de travail.

M. Mercier, répondant à l'allusion faite par M. Demeaux, pense que l'on n'a pas coupé les anneaux fibreux pour les rétrécir, mais bien pour les confondre avec les aponévroses voisines par une adhé-

rence de nouvelle formation, comme on le voit précisément dans la pièce de M. Bérard. — M. Demeaux répond qu'il n'y a dans cette adhérence des tendons aux aponévroses qu'une disposition normale, et qu'il ne faut considérer ici que le fait de l'allongement des tendons.

6° M. Demeaux montre sur un enfant, né depuis dix ou quinze jours seulement, le scrotum distendu par deux tumeurs herniaires considérables, que l'on devait croire congénitales. Mais en ouvrant le péritoine on a trouvé le sac tout à fait indépendant de la tunique vaginale. Il y a donc deux hernies inguinales externes accidentelles, chez un enfant âgé seulement de quelques jours. C'est le seul fait de ce genre que M. Cruveilhier connaisse. Il faut remarquer d'ailleurs que ce que l'on appelle hernie congénitale n'est pas nécessairement antérieur à la naissance. La hernie se fait seulement suivant une disposition normale chez le fœtus.

M. A. Bérard pense qu'il peut se faire encore que le testicule contracte dans l'abdomen des adhérences avec l'intestin, et l'entraîne ensuite avec lui dans le scrotum. — Dans l'exemple qu'on vient de citer, il est probable qu'il y a eu simplement, la hernie étant faite, oblitération de l'ancienne communication du péritoine avec la tunique vaginale. Mais M. Demeaux démontre que le sac n'a aucune connexion avec le cordon. Il ajoute que la hernie congénitale n'est caractérisée que par la présence de l'intestin dans la tunique vaginale : circonstance que l'on a pu observer chez l'adulte. — M. Comin rapporte, comme pouvant se rapprocher des faits précédents, l'observation d'un enfant né depuis deux heures, avec une hernie ombilicale très-volumineuse, que la sage-femme avait vue au moment de l'accouchement, et chez lequel, la hernie ombilicale étant réduite et guérie, on trouva huit jours après deux hernies inguinales qui s'étaient formées depuis la naissance.

7° M. Demeaux présente une fracture du col du fémur recueillie chez un homme de soixante-onze ans, qui fit il y a seize ans une chute sur le côté. — Le raccourcissement était très-peu considérable, et ne dépassait pas deux centimètres. — La rotation du pied en dehors ne se montra pas d'abord. Mais le transport du malade la rendit manifeste. Les mouvements causaient les plus vives douleurs; au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, ce vieillard était dans le délire et il ne tarda pas à succomber à la suite de violents symp-

tômes ataxiques. — La fracture est intra-capsulaire. La capsule tout à fait intacte. La tête du fémur est en partie séparée du col ; mais en avant et en bas, le périoste se continue du fragment inférieur sur le supérieur. Et il y a engrenage entre les deux fragments. M. Demeaux insiste sur ces trois circonstances dont la première explique le peu d'étendue du raccourcissement ; la seconde la persistance de la vie dans le fragment supérieur ; et la troisième l'absence de mobilité. — M. A. Bérard fait remarquer que M. Demeaux, en attribuant à l'intégrité de la capsule articulaire l'absence du raccourcissement, a émis une opinion contraire à celle d'Astley Cooper. Pour lui, il pense avec le chirurgien anglais, que le raccourcissement est plus considérable dans les fractures intra-capsulaires que dans celles qui ont lieu en dehors de la capsule, à moins qu'il n'y ait engrenage. M. Denonvilliers dit que ce n'est pas, aussi bien dans un cas que dans l'autre, à la conservation de la capsule qu'il faut rapporter le peu d'étendue du raccourcissement ; mais uniquement à l'engrenage des fragments. Or on voit sur toutes les pièces du musée Dupuytren que cette disposition est très-commune dans les fractures extra-capsulaires, et très-rare dans la fracture intra-capsulaire. — MM. Pigné et Mercier insistent sur le raccourcissement considérable que l'on observe dans les fractures extra-capsulaires, tout en reconnaissant que l'engrenage s'y oppose. — M. Chassaignac croit que le point le plus important, dans le cas présent, ce n'est pas l'intégrité de la capsule, mais bien la conservation de ce trousseau fibreux qui passe en avant du col et de la tête. Quant à la conclusion que l'on voudrait tirer de l'examen de pièces conservées dans un musée, il faut prendre garde que dans les fractures intra-capsulaires il n'y a presque jamais consolidation, et que, pour peu qu'elles soient anciennes, les mouvements doivent toujours changer les rapports des fragments et augmenter par la suite le déplacement ; tandis que dans les fractures extra-capsulaires, la consolidation fixe les fragments dans une position que les mouvements ultérieurs ne modifient pas. C'est donc sur le vivant et au moment même de l'accident, qu'il faut juger cette question.

8° M. A. Bérard montre une *anomalie de situation du rein*, qui est placé sur la ligne médiane, au-devant de la colonne vertébrale, un peu plus à droite qu'à gauche. La convexité est dirigée en bas ; il reçoit deux artères, l'une venant de la fin de l'aorte, et l'autre de l'iliaque primitive gauche.

9° M. A. Bérard expose les résultats d'une opération qu'il a faite de concert avec M. Amussat, pour extraire un *corps fibreux* développé dans la paroi antérieure de l'utérus. Une incision transversale a agrandi de chaque côté l'ouverture du museau de tanche. On en a fait une longitudinalement, sur la face antérieure de la matrice, pour mettre à découvert la tumeur. On voit en effet celle-ci faire saillie à travers la boutonnière. L'opération s'est terminée par le décollement d'une partie du corps fibreux que l'on a abandonné en espérance dans l'espoir qu'il serait chassé par les contractions de l'utérus à travers l'ouverture pratiquée sur les fibres musculaires. L'ergot de seigle administré détermina des efforts insuffisants. — La malade, épuisée depuis longtemps par des métrorrhagies et des pertes blanches abondantes, ressentit d'abord quelques douleurs locales assez vives qui se calmèrent; mais au bout de trois semaines survint une péritonite à laquelle elle succomba cinq semaines après l'opération. L'autopsie a démontré, contre l'espoir que l'on avait conçu, que des adhérences plus intimes s'étaient établies entre la tumeur et le tissu de l'utérus.

Fractures multiples du crâne, de la colonne vertébrale, du sternum et des deux calcaneums

Observation recueillie par M. AUBAY, interne des hôpitaux.

Le 31 janvier 1842, un homme vigoureux, âgé de quarante-cinq ans, tomba d'une hauteur de dix à quinze mètres dans le fonds d'une carrière où il travaillait habituellement. Il rencontra dans sa chute un échafaudage en bois situé à peu de distance du fonds et sur lequel il tomba debout sur ses deux pieds ; il fut ensuite renversé en arrière, de sorte que le second choc fut supporté par la tête et la partie postérieure du tronc. Malgré la violence de la chute, il ne se manifesta pas de perte de connaissance, simplement un léger étourdissement qui fut promptement dissipé.

Le blessé fut immédiatement apporté à l'hôpital Cochin et couché au numéro 5 de la salle de chirurgie. Il présentait alors les symptômes suivants :

Expression naturelle des traits, légère pâleur, endolorissement général ; on constate, à la partie latérale gauche et postérieure du crâne, une plaie dirigée d'avant en arrière, presque linéaire, longue de quatre à cinq centimètres, et dont la lèvre supérieure est légèrement déchirée : un stylet introduit dans le fonds de cette plaie fait reconnaître une dénudation des os du crâne.

Le blessé accuse une douleur vive au niveau de la partie moyenne du sternum ; le toucher augmente cette douleur ; du reste les doigts ne sentent pas d'inégalités dans ce point, et des pressions exercées, soit au-dessus, soit au-dessous, soit au niveau du lieu sensible, ne déterminent pas de crépitation : la peau qui recouvre le sternum ne présente ni plaie, ni ecchymose.

Des douleurs assez vives se font sentir dans toute la région de l'épine, et plus particulièrement vers les dernières

vertèbres dorsales ; l'apophyse épineuse de la douzième semble faire une légère saillie sans cependant offrir de mobilité ; on n'aperçoit de traces de contusions dans aucun point du dos.

Le blessé se plaint surtout de ses pieds qui le font beaucoup souffrir et qui sont notablement tuméfiés. Le gonflement se fait principalement remarquer sur les parties latérales, au-dessous de chaque malléole ; ces deux apophyses sont distinctes et paraissent intactes. Du reste, à part le gonflement, les deux pieds présentent leur conformation normale ; des mouvements en différents sens, communiqués au pied gauche qui paraît le plus lésé, déterminent une crépitation évidente dans les os du tarse et du talon. La même expérience répétée, mais légèrement sur le pied droit, n'amène aucun résultat.

L'intelligence est parfaitement saine ; les réponses sont naturelles et suivent de près les questions. On s'assure que la sensibilité, tant générale que spéciale, n'offre aucun trouble. Les membres supérieurs et inférieurs demeurent sans difficulté et aussi bien d'un côté que de l'autre. La parole est facile ; l'excrétion des urines se fait naturellement. La peau est fraîche. Le pouls à 84 régulier. On panse la plaie de tête ; les pieds sont entourés de cataplasmes.

Le lendemain matin, à la visite, état sensiblement le même, seulement les pieds sont plus tuméfiés. (Tis. pect., saignée du bras, etc., diète.)

Vers midi (vingt-quatre heures après son entrée), le blessé commença à présenter de l'agitation, et bientôt un délire assez bruyant se déclara. On fut forcé de faire usage de la camisole. A neuf heures du soir le délire continue ; agitation, regard étonné. Les quatre membres sont contracturés. La prononciation des mots est facile, mais les discours sont insensés.

Le 2 février, un peu moins d'agitation, pas de somnolence, pas de déviation des commissures. Les membres

droits présentent la même raideur que ceux du côté gauche ; sensibilité générale intacte ; émission des urines dans le lit ; peau chaude ; cent vingt à cent trente pulsations. Vésicatoires aux cuisses. A quatre heures du soir, les membres présentent toujours la même raideur, pas d'hémiplégie ni de paraplégie, peau très-chaude. Sueur abondante, cent trente à cent quarante pulsations régulières assez résistantes. Respiration fréquente. Râle trachéal abondant s'entendant à distance. Pas de réponses. Mort à dix heures du soir.

Autopsie trente-quatre heures après la mort. *Tête* : un peu au-dessous de l'angle postérieur et inférieur du pariétal gauche, existe, cachée par la lèvre supérieure de la plaie des téguments, une fracture avec enfoncement ; la portion d'os enfoncée forme une lamelle presque entièrement séparée du pariétal par son extrémité antérieure, mais tenant encore solidement par son extrémité postérieure ; cette lamelle est allongée de haut en bas et d'arrière en avant, et présente dans ce sens une étendue de quatre centimètres ; en largeur, elle n'a que trois centimètres ; du côté de sa cavité crânienne, elle fait une saillie de sept ou huit millimètres.

Entre la dure-mère et la portion d'os enfoncé existent environ trois ou quatre grammes de sang noir, encore liquide, mais épais, les membranes du cerveau sont saines dans toute leur étendue. Les circonvolutions cérébrales présentent au niveau de la fracture un aplatissement bien marqué, de sorte qu'elles ont gardé l'empreinte de l'os déprimé. Du reste, la substance du cerveau n'est pas déchirée.

L'encéphale n'offre pas d'autre altération que celle que je viens d'indiquer ; les ventricules ne contiennent qu'une petite quantité de sérosité.

Thorax. Le sternum est fracturé transversalement au niveau de la partie moyenne de sa troisième pièce ; la cas-

sure est très-nette ; les fragments sont taillés en biseau, le supérieur aux dépens de sa partie antérieure, l'inférieur aux dépens de sa partie postérieure ; il en résulte que le premier supporte le second. Infiltration sanguine du tissu cellulaire placé au devant du sternum et de celui qui occupe le médiastin antérieur ; le cœur et le péricarde sont sains ; les poumons sont à l'état normal ; pas de fractures de côtes.

L'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale est le siège d'une fracture qui se dirige obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, et ayant complètement séparé le sommet de cette apophyse du reste de l'os.

Le corps de la première dorsale, vu par sa partie antérieure, présente une solution de continuité transversale, s'étendant dans toute la largeur de l'os ; mais, du côté du canal vertébral, on ne voit pas de division, ce qui, joint au défaut de mobilité des fragments, prouve que la fracture n'est pas complète.

La douzième vertèbre dorsale présente une double fracture : l'une siège dans l'apophyse transversale du côté droit, et l'autre dans le corps lui-même. Celle du corps est verticale et multiple, ce qui fait que lorsqu'on l'examine de face on voit les fragments complètement séparés les uns des autres.

La onzième dorsale n'étant plus soutenue s'est abaissée et tend à écarter les fragments en pressant sur eux ; du reste, la fracture s'étend jusqu'à la face postérieure du corps où deux esquilles font une très-légère saillie vers l'intérieur du canal vertébral.

La moelle paraît saine partout ; mais entre la dure-mère et les os existe une petite quantité de sang infiltré au niveau des vertèbres fracturées.

De larges et profondes ecchymoses existent dans le tissu cellulaire des muscles spinaux postérieurs dans presque toute la hauteur du tronc ; le sang épanché ne va cependant pas jusqu'à la colonne vertébrale.

Enfin les deux calcanéum sont brisés en neuf ou dix fragments, les autres os des pieds étant à l'état normal. Le désordre porte surtout sur la partie moyenne des calcanéums, où il y a un véritable broiement ; le fragment postérieur, assez volumineux des deux côtés, n'a pas subi de déplacement notable.

La malléole externe du côté gauche a subi un arrachement incomplet ; le cartilage qui recouvre son bord postérieur est détaché du tissu osseux, emportant avec lui une petite couche de fibres osseuses qui font corps avec lui.

Exposons maintenant les réflexions que nous a suggérées l'examen des lésions précédemment décrites ; et d'abord il est évident que la fracture des calcanéum est le résultat de la chute sur les pieds : si le blessé ne nous eût pas informé de la manière dont il était tombé, la lésion qui nous occupe en ce moment nous en aurait suffisamment instruit ; mais comment ces os dont la brièveté et la nature spongieuse sont des conditions de solidité si puissante, comment ces os n'ont-ils pas résisté, tandis que les os long des membres inférieurs n'ont subi aucune solution de continuité, bien qu'ils soient plus faciles à rompre que les premiers ?

La grande violence du coup me paraît être ici la cause de ce phénomène.

En effet, dans la chute sur les pieds, ce sont les calcanéums qui les premiers ont essuyé le choc ; si ce choc n'eût pas été assez considérable pour surmonter leur force de cohésion, le mouvement aurait été transmis aux tibias et aux fémurs, et ceux-ci moins résistants auraient cédé sans doute ; mais, quelle qu'ait été la force de résistance des calcanéum, le coup a été si violent que ces os ont dû se rompre ; on comprend dès-lors comment, par suite de cette double fracture, la plus grande partie du mouvement ayant été décomposée, celui qui a été trans-

mis aux tibias et aux fémurs n'a pas été assez considérable pour les rompre.

Quant au mécanisme suivant, par lequel la fracture a eu lieu, il est évident que le principal rôle a été joué par la pression exercée de haut en bas, par l'astragale, sur la convexité de l'arc calcanien ; mais les puissances musculaires qui agissent par le tendon d'Achille ne peuvent-elles pas y avoir contribué en tirant fortement en haut l'extrémité postérieure de cet arc ?

Cette traction a dû avoir lieu encore après la production de la fracture, et cependant, bien que le fragment postérieur fût complètement séparé du reste de l'os, il n'y a pas eu de déplacement notable, comme on pourrait s'y attendre en songeant à l'action des jumeaux et des soléaires ; mais on cessera d'être surpris de ce fait, si l'on remarque que les trois muscles superficiels de la plante des pieds, l'adducteur du gros orteil, le court fléchisseur commun et l'abducteur du petit orteil, qui s'inséraient au fragment postérieur, n'avaient subi aucune rupture, et que le puissant ligament calcanéo-cuboidien inférieur était également intact.

Il serait bon sans doute de pouvoir déterminer par quel mécanisme se sont produites les fractures de la colonne vertébrale ; mais c'est là un problème qui nous paraît difficile à résoudre d'une manière certaine, et dont nous ne nous flatons pas de donner la solution. Ont-elles eu lieu par suite de la locomotion verticale qui a dû se propager dans toute la hauteur du corps au moment de la chute sur les pieds, ou bien ont-elles été produites par une cause directe quand le blessé est retombé en arrière du haut de l'échafaudage ? En considérant la direction verticale de la solution de continuité de la douzième vertèbre et surtout l'espèce d'enfoncement de la onzième dorsale dans le corps de celle-là, on est porté à admettre la première explication ; mais, si l'on réfléchit à la force qu'il aurait fallu

pour produire cette fracture par le mécanisme supposé, on ne peut comprendre que les os longs des membres inférieurs aient pu y résister, et qu'il ne soit pas survenu plutôt qu'une fracture des vertèbres, ou une fracture du col, ou une fracture du corps, ou enfin la même lésion dans le tibia.

Et d'ailleurs, en supposant qu'on puisse invoquer le contre-coup pour expliquer la fracture du corps de la première et de la douzième dorsales, il est impossible de rendre compte par là de la séparation du sommet de l'apophyse épineuse de la proéminente, et on est obligé d'admettre au moins pour cette dernière fracture l'action d'une cause directe.

Ce qui porte surtout à croire que c'est par ce dernier mécanisme que les vertèbres ont été fracturées, c'est l'existence de l'ecchymose des muscles [spinaux postérieurs, ecchymose qu'on ne saurait considérer comme étant consécutive aux fractures et le résultat de l'infiltration de sang venant du tissu osseux, puisqu'elle ne s'étend pas jusqu'aux vertèbres.

Du reste, quel qu'ait été le mécanisme des fractures de l'épine, il a fallu certainement pour les produire une force considérable, et pourtant, chose digne de remarque, les fonctions de la moelle n'ont été aucunement lésées, et ni la très-légère saillie, vers le canal vertébral, de plusieurs esquilles du corps de la douzième vertèbre dorsale, ni le petit épanchement de sang à la surface externe de la dure-mère, n'ont pu troubler l'action régulière de cet organe important.

Quant à la fracture du sternum, nous pensons qu'elle peut avoir lieu par contre-coup, soit par suite de la commotion verticale, soit par suite du choc de la partie supérieure du tronc dans le deuxième temps de la chute; et le fait d'un épanchement de sang dans le tissu cellulaire, situé au devant de l'os, et dans celui du médiastin anté-

rieur, ne nous paraît pas en opposition avec cette manière de voir, cet épanchement pouvant très-bien avoir été consécutif à la fracture et provenir du tissu osseux lui-même. Il est une particularité de cette fracture qui mérite surtout de fixer l'attention, parce qu'elle permet de comprendre comment la crépitation n'a pu être obtenue : c'est l'obliquité des fragments, obliquité qui était telle que le fragment supérieur supportant l'inférieur, quand on pressait sur celui-ci, on les déprimait en même temps tous les deux vers la cavité thoracique, tandis que, si la pression était exercée sur le supérieur, on l'écartait de l'autre, et dans les deux cas on ne déterminait pas de frottements, et par conséquent pas de crépitation. Enfin rappelons-nous que la situation de la fracture, au niveau de la partie moyenne de la troisième pièce du sternum, ne saurait permettre de considérer cette lésion comme une des-soudure.

Un des faits les plus remarquables de cette observation est certainement le peu de rapport qui a existé entre les symptômes observés durant la vie et les lésions trouvées du côté du crâne et du cerveau. D'une part, l'autopsie démonstre une compression notable de la surface du cerveau, et de l'autre, l'examen le plus attentif de l'état du malade fait constater l'absence complète de paralysie ; au lieu de ce symptôme, existent du délire, de la fièvre, de la contraction, enfin le cortège d'une inflammation aiguë de l'encéphale ou de ses enveloppes.

Pourquoi cette anomalie ? faut-il attribuer l'absence des symptômes de la compression à ce que la pulpe cérébrale n'était pas déchirée ? cela paraît assez probable.

Mais pourrait-on admettre que la compression démontrée par l'autopsie ait eu quelque influence sur la production du groupe de symptômes ci-dessus indiqués. J'avoue que, sans vouloir me prononcer pour l'affirmative en faveur de cette manière de voir, je ne voudrais pas non plus la rejeter complètement.

Je terminerai là mes remarques, me bornant à faire observer que l'on ne pouvait pas songer à l'opération du trépan, puisque les symptômes dits de la compression manquaient ; d'ailleurs il n'est guère probable qu'en relevant la portion d'os enfoncée, on eût fait cesser les troubles survenus dans les fonctions des centres nerveux.

Extrait du rapport de M. MAUNOURY sur l'observation précédente.

..... D'après l'absence de contusion de la peau et le temps de la chute, nous avons affaire à une fracture du sternum par contre-coup, consécutive à celle de la colonne vertébrale.

Dans cette fracture du sternum, la crépitation n'a pu être obtenue à cause de la forme du biseau des deux fragments, telle que le fragment supérieur supportait l'inférieur, et qu'en comprimant sur ce dernier on les refoulait tous deux.

Boyer dit, en parlant des fractures du sternum : « Le sternum ne peut être fracturé que par une cause externe qui agit directement sur l'endroit de l'os où la solution de continuité arrive. » Un seul exemple de fracture par contre-coup existe dans la science, c'est le fait rapporté par David.

Malgré l'autorité si respectable de Boyer nous ne saurions vraiment pas expliquer le mode de production de cette fracture, si nous n'admettions la cause indirecte ; nous sommes d'autant plus portés à admettre cette cause indirecte, que l'année dernière à l'Hôtel-Dieu nous avons observé trois cas de fracture du sternum par contre-coup, tous coïncidant, comme dans le fait rapporté par M. Aubry, avec une fracture d'une des vertèbres du dos ou du cou.

Les fractures étaient toutes identiques ; il y avait séparation complète de la première vertèbre avec la seconde ;

celle-ci, remontée au devant de la première, la refoulait en arrière, de sorte qu'il existait une saillie assez considérable en avant : ce déplacement ne déterminait aucun accident du côté des organes de la respiration ni de la circulation.

Le premier individu, peintre de son état, en badigeonnant les murailles d'une église, est tombé de vingt-cinq pieds de hauteur, le corps en supination et en travers sur un banc : il y eut dans ce choc fracture des quatrième et cinquième vertèbres dorsales, puis une telle distension aux deux extrémités du sternum, que la première pièce s'est complètement détachée de la seconde ; il n'y avait pas fracture de côtes ni contusion de la peau qui recouvre le sternum.

Le deuxième individu, tombé d'un cinquième étage, fut apporté mort à l'Hôtel-Dieu ; il y avait séparation de la première pièce du sternum avec la deuxième sans contusion de la peau ; outre cette lésion, diastasis complète des articulations du bassin, fracture du corps de la troisième vertèbre cervicale ; le bassin avait supporté le choc d'abord, puis la colonne vertébrale ; il existait entre les muscles de la gouttière vertébrale une large ecchymose.

Enfin le troisième fait fut trouvé chez un homme de quarante ans : il était tombé de quatre mètres de hauteur sur la partie supérieure du dos et sur la région cervicale ; il fut apporté à l'Hôtel-Dieu avec perte de sensibilité et du mouvement des membres inférieurs ; il mourut cinq jours après son entrée, et à l'autopsie on constate une fracture des lames de la troisième vertèbre cervicale et une séparation de la première pièce du sternum avec la seconde sans lésion de la peau qui recouvrait la fracture.

L'observation rapportée par M. Aubry vient confirmer la théorie de ces fractures qui sont peut-être moins rares qu'on ne pense ; elles ne présenteraient aucune gravité, si elles

n'étaient pas accompagnées de fracture de la colonne vertébrale.

Une des circonstances les plus remarquables de cette observation, c'est l'absence complète de symptômes fonctionnels du cerveau, malgré la compression subite de cet organe par suite de l'enfoncement du fragment du pariétal. Le chirurgien ne put diagnostiquer la fracture du crâne ; ce ne fut qu'à l'apparition de la contracture et du délire qu'il la soupçonna ; l'autopsie seule put la confirmer.

Anévrysme de l'aorte à son origine.

Observation recueillie par M. A. CONTOUR, interne
des hôpitaux.

Le 10 mars 1842, Marguerite Lesprier entra à l'hôpital Beaujon pour se faire traiter d'une maladie du cœur déjà ancienne. Cette femme, âgée de cinquante ans, blanchisseuse, d'une constitution détériorée, en proie à une gêne excessive de la respiration, est assez mal pour qu'il ne soit pas permis de recueillir auprès d'elle de nombreux renseignements sur son état antérieur ; on apprend avec peine que depuis un grand nombre d'années elle est sujette à des battements de cœur accompagnés d'une grande difficulté de respirer.

L'aspect de la malade porte le cachet particulier aux affections organiques du cœur ; les joues sont plaquées de larges taches d'un rouge violet, le nez est bleuâtre ; les mains froides ont aussi la coloration violette ; l'inspection attentive des parties latérales du cou fait reconnaître un poulx veineux, peu prononcé, mais cependant manifeste. Les pulsations de l'artère radiale sont nombreuses, cent par minute ; le poulx est régulier, peu large, d'une certaine consistance ; les membres inférieurs sont le siège d'une infiltration ; il ne paraît pas y avoir de sérosité épanchée dans le péritoine.

La percussion de la région précordiale donne, à la hau-

teur de la cinquième côte, une matité de seize centimètres d'étendue transversale ; cette matité est plus notable derrière le sternum qu'à l'autre extrémité de ce diamètre. Dans le sens vertical, la matité commence à la troisième côte, et se confond en bas avec celle des organes abdominaux.

Les battements du cœur sont tumultueux, irréguliers, mal distincts ; l'auscultation fait entendre un bruit anormal qui a quelque chose du bruit du frottement, mais qui donne plutôt la sensation d'un bruit de souffle sifflé. Il est difficile de préciser à quel temps on doit le rapporter. Une petite saignée du bras et l'administration de quinze centigrammes de poudre de digitale, rendent la séparation des bruits du cœur plus facile, et il devient évident que le bruit anormal existe au second temps qu'il remplace entièrement ; il a d'ailleurs son maximum d'intensité à la hauteur de la cinquième côte, à deux travers de doigts à gauche de la partie médiane du sternum, et se perd en remontant le long de cet os jusqu'à son articulation avec la clavicule. Il existe en outre un râle sibilant très-abondant dans toute la poitrine, qui présente d'ailleurs une sonorité normale.

Les symptômes d'asphyxie que la saignée avait paru d'abord diminuer, allant en augmentant, la malade mourut quelques jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouve les deux feuilletts du péricarde partout adhérents l'un à l'autre à l'aide d'un tissu cellulaire serré, et il est difficile de les séparer par la dissection. Le ventricule gauche est hypertrophié, et, en même temps que les parois ont acquis une épaisseur plus grande qu'à l'état normal, la cavité est augmentée sensiblement. Il n'existe aucune altération à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. L'aorte, dans toute son étendue jusque dans les artères iliaques primitives, est le siège de dégénérescences diverses ; immédiatement au-dessus des valvules, quelques

passé l'origine des gros troncs artériels qui partent de la crosse, elle est criblée de plaques osseuses, variables et pour la forme et pour l'étendue ; plus bas ce sont des plaques athéromateuses. Un grand nombre de ces plaques, après avoir éraillé la membrane interne, font saillie dans l'intérieur du vaisseau. L'aorte, depuis sa naissance jusqu'à la crosse, présente une dilatation notable; cette dilatation est uniforme et occupe toute la circonférence de l'artère ; elle renferme un caillot sanguin, noirâtre, se laissant facilement écraser sous le doigt, et paraissant s'être formé soit après la mort, soit dans les derniers instants de la vie.

A la partie antérieure de cette dilatation, à deux lignes environ au-dessus de la valvule aortique médiane, un peu plus haut que la naissance de l'artère cardiaque antérieure, au centre d'une plaque très-étendue et d'une certaine épaisseur, on voit une ouverture à bords tranchants et dont la forme rappelle parfaitement celle de la fenêtre ovale de la caisse du tympan. Cette ouverture, dont le diamètre est transversal et de dix lignes environ, conduit dans une poche du volume d'un gros œuf de dinde, et contenant une masse fibrineuse en partie décolorée. Ce caillot fibrineux ne présente pas les couches régulièrement concentriques qu'on rencontre ordinairement dans les anévrysmes; il est comme pris en bloc et adhère assez intimement à la face interne du sac anévrysmal. C'est là, en effet, un véritable anévrysme communiquant avec le calibre de l'artère par une ouverture assez étroite. Les parois de ce sac, inégalement épaisses, présentent, dans différents points de leur étendue, une dégénérescence osseuse. Il est difficile d'affirmer que ces parois soient formées par les trois tuniques artérielles ; mais leur épaisseur, leur dégénérescence, et surtout l'aspect de la face interne qui répond immédiatement au caillot sanguin, aspect en tout semblable à celui de la face interne de l'artère elle-même, permettent de croire que les trois tuniques entrent dans leur compo-

lion (1) ; ajoutons que la dissection permet de diviser ces parois en plusieurs couches superposées , et que l'une d'elles ressemble beaucoup à la tunique moyenne des artères. Enfin cette tumeur anévrysmale, recouverte dans sa moitié antérieure par les deux feuillets séreux du péricarde, adossés l'un à l'autre, et qui lui sont intimement unis, repose immédiatement sur les fibres charnues de la face antérieure du ventricule droit, à laquelle elle adhère par du tissu cellulaire qui permet toutefois son énucléation, et descend jusqu'au-dessous de la moitié supérieure de ce ventricule.

Une des valvules sigmoïdes présente quelques incrustations à sa base ; c'est celle qui répond à l'origine de l'artère cardiaque postérieure ; toutes les trois sont raides et tendues à cause de l'agrandissement notable de l'orifice ventriculo-aortique, et leur aspect ne laisse pas de doute sur leur insuffisance.

Le cœur droit ne présente rien de particulier ; cependant il est facile de voir que la tumeur anévrysmale fait une légère saillie d'une part dans le ventricule droit, de l'autre, dans l'oreillette du même côté.

En résumé, nous voyons une hypertrophie du cœur et une insuffisance des valvules aortiques produites par la dilatation de l'orifice ventriculo-aortique, et ces lésions se traduisaient pendant la vie : l'hypertrophie, par la matité anormale ; l'insuffisance, par le bruit du souffle au second temps.

Il existait de plus, à la naissance de l'aorte, un anévrysme qui ne pouvait pas être reconnu ; car la poche anévrysmale était remplie par un caillot fibrineux ; la circulation ne s'y faisait plus et l'auscultation n'apprenait rien. La percussion était également impuissante à cause de la

(1) L'identité d'altération ne pourrait-elle pas ici nous conduire à admettre par analogie l'identité de structure ?

portion même de la tumeur qui reposait sur la partie antérieure du ventricule droit, et la matité devait naturellement l'expliquer. Ajoutons enfin que c'était là un anévrysme qui, par des progrès ultérieurs, aurait pu s'ouvrir soit dans l'artère pulmonaire qui se trouvait adossée à sa partie latérale gauche, soit encore dans le ventricule droit ou l'oreillette du même côté; car nous avons dit qu'il faisait saillie dans l'une et l'autre de ces cavités. La rupture dans le péricarde était impossible à cause de l'adossement et de l'union du feuillet pariétal avec le feuillet viscéral.

Extrait du rapport de M. A. TARDIEU sur l'observation précédente.

M. Contour, qui vous a montré déjà il a deux ans un anévrysme où il y avait dilatation générale et partielle de l'aorte avec conservation de trois tuniques, a cru voir encore dans ce nouveau cas qu'il paraît un exemple d'anévrysme vrai. Nous devons dire que cette conclusion n'est pas légitimement déduite de l'examen attentif et surtout complet de la pièce. Outre les raisons très-satisfaisantes qu'a données M. Barth des apparences trompeuses qui peuvent faire supposer l'existence des trois membranes artérielles; et des circonstances particulières, qui peuvent faire qu'on les rencontre en effet toutes ensemble au fond des sacs anévrysmatiques. Nous vous rappellerons une observation d'anévrysme de l'aorte publiée par M. Becquerel, dans le *Bulletin* de l'année 1839, p. 211, et où l'on retrouvait dans certains points seulement de la dilatation anévrysmale les trois tuniques artérielles. Il en était ainsi dans la pièce de M. Contour. Une des choses sur lesquelles il a le plus insisté avec une haute raison, c'est la direction suivant laquelle s'était développée la tumeur. Vous vous souvenez, en effet, qu'au lieu de suivre l'aorte ascendante, elle était retombée en bas et s'était accollée au ventricule droit. Sans nous arrêter pour l'expliquer à l'ac

tion de la pesanteur que nous ne saurions admettre, malgré l'autorité de M. Pigné, nous croyons qu'il n'y a pas dans cette disposition une contradiction avec ce que l'on observe le plus généralement sur l'influence du cours du sang dans le développement des anévrysmes. Seulement ici c'est le reflux du sang, après la systole ventriculaire, qui a déterminé l'accroissement de la dilatation dans un point déjà malade de l'aorte. Et cela se conçoit d'autant plus aisément que l'anévrysme est situé tout à fait à l'origine de l'aorte et sur la face antérieure, c'est-à-dire dans un point qui est tout à fait en dehors ; on peut le dire du choc de la colonne sanguine ascendante. J'avais besoin d'appeler votre attention d'une manière toute spéciale sur cette particularité intéressante, car il me paraît que M. Contour n'en a pas déduit toutes les conséquences possibles. Ainsi la seule altération des bruits du cœur, notée dans son observation, est regardée par lui comme tout à fait indépendante de la lésion aortique. Elle consiste en un bruit de frottement ou de sifflet, au deuxième temps. Je regrette ici qu'il ne soit pas parlé du premier bruit ; cela avait une grande importance ; c'est d'ailleurs la seule lacune à signaler dans le travail dont nous avons à vous rendre compte. M. Contour attribue donc ce bruit de souffle du second temps à une insuffisance des valvules aortiques. Il n'est pas douteux que ce soit là, en effet, un signe de l'insuffisance, mais non pas dans tous les cas ; et ici je déclare qu'il ne me paraît pas du tout établi que les valvules aient été insuffisantes. Quel était l'état de ces valvules ? L'auteur dit lui-même qu'elles ne présentaient pas d'altérations notables. C'est là un fait digne d'être noté en raison de l'altération profonde des parois de l'aorte. M. Quatrevaux avait déjà signalé dans un cas que renfermait le *Bulletin de la Société* (1839, p. 154), l'absence de dégénérescences crétacées du côté des valvules aortiques, tandis qu'elles fourmillaient dans le reste de l'étendue de ce vaisseau. « Et,

» ajoutait-il, c'est un fait d'autant plus digne de remarque,
 » que souvent les valvules sigmoïdes sont ossifiées sans
 » que l'aorte ait subi le premier degré de cette altération.
 » Cette considération pathologique ne devrait-elle pas per-
 » mettre d'établir une séparation entre ces deux parties
 » considérées sous le point de vue physiologique ? » A
 part cette absence de lésion des valvules, il nous indique
 encore d'autres signes pour que nous puissions admettre
 dans le cas présent leur insuffisance. En effet, le premier
 bruit dans l'insuffisance est souvent modifié. M. Barth
 indique qu'il est très-sourd (*Bulletin*, 1840, p. 362) et
 s'il en eût été ainsi, M. Contour n'eût pas manqué de le
 mentionner, tandis qu'il garde un silence absolu sur les
 caractères de ce premier bruit, et cela n'est pas, je pense,
 sans motifs. De plus, l'état du pouls qui, dans le diagnostic
 des maladies du cœur, a été trop négligé, mais sur l'im-
 portance duquel les travaux de Hope ne permettent plus de
 fermer les yeux, l'état du pouls chez le sujet de l'observa-
 tion précédente n'est pas celui que l'on observe dans l'in-
 suffisance des valvules aortiques, et dans lesquelles le
 pouls est généralement dur, résistant, et comme bondis-
 sant, suivant l'auteur anglais et d'après ce que j'ai pu vé-
 rifier moi-même. Il résulte pour nous de tout ceci que
 M. Contour n'a admis une insuffisance que pour expliquer
 le bruit de souffle au second temps. Il y a pourtant, suivant
 nous, une explication plus naturelle et surtout plus en
 rapport avec l'état anatomique des parties ; c'est de rap-
 porter le bruit morbide à la lésion de l'aorte. Vous savez
 combien les bruits produits par les anévrysmes de l'aorte
 sont variés sous le double caractère de leur nature, de
 leur siège, de leur rythme et de leur intensité. — Les
 observations de MM. Rendu, Reynaud, Becquerel, Gosse-
 lin, Boyer et Piedagnel, judicieusement rapprochées par
 M. Mercier dans le *Compte rendu* de 1839, vous ont édifiés
 à ce sujet. Mais ici on trouve, comme nulle part ailleurs, les

raisons physiques des phénomènes observés. En effet, s'il n'existait pas de souffle au premier temps, c'est que la tumeur était placée tout à fait en dehors du cours ascensionnel du sang. Au second temps, au contraire, la colonne sanguine en refluant pénétrait, non pas dans le ventricule gauche comme dans le cas d'insuffisance, mais dans la poche anévrysmatique qui formait elle-même par sa position une sorte de ventricule. Vous comprenez maintenant pourquoi j'insistais sur la direction du sac anévrysmal. La dureté du souffle n'a pas d'autre raison que l'ossification des bords de l'ouverture accidentelle de l'aorte, qui était ainsi véritablement analogue à l'orifice ventriculaire lui-même, tenu béant par une insuffisance des valvules. Ainsi la présence du souffle au deuxième temps s'explique par la disposition particulière qu'offraient ici l'ouverture et la poche anévrysmatiques elles-mêmes. Enfin, comme dernière preuve, puisée encore dans les termes mêmes de l'observation, je ferai remarquer que ce bruit de souffle avait son maximum d'intensité à la hauteur de la cinquième côte, un peu en dehors de la ligne médiane du sternum ; et ce seul fait suffirait pour ôter tous les doutes et établir que le bruit ne se passait pas à l'orifice aortique ; car, invariablement dans ce cas, il eût été à son maximum au niveau de la troisième côte, l'hypertrophie du cœur n'étant pas assez considérable pour changer ce rapport. On voit en même temps que ce niveau de la cinquième côte répondait à la hauteur de l'anévrysme qui était, comme nous l'avons dit, tombé un peu au-dessous de l'orifice ventriculaire. La seule objection que l'on pourrait faire serait peut-être l'obstacle que devait apporter à l'entrée du sang la présence des caillots dans la tumeur. Mais, outre que les couches les plus superficielles n'avaient pas la consistance de caillots anciennement formés, je crois qu'il n'est pas nécessaire à la production du bruit anormal que la colonne sanguine reflue, jusqu'au fond du sac anévrysmal, il suffit qu'elle frotte contre les bords ossifiés de l'ouverture.

*Fracture de l'extrémité inférieure du radius et de l'apophyse
styloïde du cubitus.*

Observation recueillie par M. C. E. FIGUIÈRE, interne
des hôpitaux.

Latil (Auguste), âgé de quarante-un ans, terrassier, travaillant, le vendredi 25 février, à une carrière, enlevait la terre d'une mine qu'il venait de faire, lorsque un éboulement l'a renversé et recouvert jusqu'aux épaules. Il dit qu'au moment de la chute il tenait une pelle de sa main gauche, et que cette main n'a point été couverte par l'éboulement ; mais il ne peut rendre compte exactement de la manière dont s'est faite la chute. Il paraîtrait qu'il est tombé à la renverse ; il ne peut se rappeler si la main gauche a porté contre la terre ; il pense , d'après la nature du terrain , que de grosses pierres seraient venues la frapper. Il a été immédiatement retiré et amené à l'hôpital.

Deuxième jour. Il présente une fracture de la troisième côte constatée par la crépitation, puis une lésion beaucoup plus grave au poignet gauche. Au premier aspect, on pourrait croire à une luxation du poignet ; mais un signe, qui indique une fracture du radius, est la présence d'un petit fragment d'os qui a perforé la peau à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras, près de son bord externe. Au-dessus de la plaie qu'il a faite et par laquelle il s'est écoulé beaucoup de sang, on sent les battements de l'artère radiale dans le point où elle contourne le radius. Cependant la conformation du poignet n'est pas celle qu'offrent les fractures simples du radius. Le Z de ces fractures existe bien en effet ; mais, au lieu de présenter ses trois branches sur le côté externe de l'avant-bras et de la main, c'est sur leur face postérieure qu'elles se trouvent. Il y a absence complète de crépitation ; aucune mobilité anormale, plutôt de la raideur.

L'avant-bras est à-demi fléchi sur le bras, mais on peut l'étendre sans le faire souffrir ; la main est inclinée dans le sens de la flexion, et le plan osseux, formé par le métacarpe et le carpe, forme un angle obtus avec celui de l'avant-bras. Le pouce est étendu et dans l'adduction ; son côté interne répond à la face antérieure de l'index ; les doigts sont courbés et demi-fléchis sur le métacarpe. La main est inclinée sur le bord cubital, plus fortement qu'à l'état sain. Ce dernier signe semble indiquer que la fracture du radius est compliquée d'une autre lésion ; car la main, qui, dans l'état sain, est inclinée sur le bord cubital de l'avant-bras, tend à se redresser dans le cas de fracture, et c'est le contraire qu'on rencontre ici.

A la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras, le cubitus ne paraît pas fracturé, mais le gonflement ne permet pas de s'assurer de l'état de son apophyse styloïde. Son extrémité inférieure a perdu ses rapports avec la première rangée du carpe ; elle fait une forte saillie sous la peau qui est en ce point très-amincie et a pris un aspect bleuâtre. Au-dessous, dans toute la largeur du poignet, la peau forme un pli transversal très-marqué. En dehors de la petite tête du cubitus, il n'y a pas de saillie ; on ne trouve pas le rebord de la surface articulaire du radius à la place qu'il devait occuper. Ce n'est qu'un peu plus haut que la pression fait reconnaître la présence de l'os.

A la partie inférieure de la face postérieure de l'avant-bras se trouve une forte saillie transversale ; à la base de cette saillie, on ne remarque aucun pli de la peau. Cela s'explique par la présence des extenseurs qui, passant de la face postérieure de l'avant-bras sur la saillie, sont fortement tendus et tendent la peau. La ligne qui représente l'axe de l'avant-bras forme la première branche du Z mentionné, et se trouve interrompue à son quart inférieur par le sillon de la base de la saillie transversale. C'est en ce point que commence la branche moyenne du Z ;

cette branche a quatre centimètres de longueur; puis, au-delà, la main forme la troisième branche en se projetant en avant.

La saillie transversale que j'ai mentionnée est arrondie, sans aucune aspérité, a toute l'apparence de la surface osseuse carpienne, et en outre on ne peut la faire disparaître même en employant des tractions assez fortes.

Mensuration du membre. Bras malade : distance de l'épicondyle à l'extrémité du 1^{er} métacarpien, 30 centimétr.

Bras sain, même mesure, 31 c.

Bras malade : de l'épicondyle à l'extrémité supérieure du troisième métacarpien, 28 c.

Bras sain, même mesure, 31 c.

Bras malade : de la saillie de l'olécrâne à l'extrémité supérieure du cinquième métacarpien, 28 c.

Bras sain, même mesure, 30 c. 5 mil.

Bras malade : du sillon où commence la branche moyenne du Z à l'extrémité inférieure du troisième métacarpien, 13 c.

Bras sain : longueur du carpe et du métacarpe, 11 c.

Bras malade : de la saillie de l'olécrâne au sommet de la saillie postérieure, 24 c.

Diagnostic. M. Lenoir pense que le radius est fracturé en travers à son extrémité inférieure; que le fragment inférieur est formé par une mince plaque osseuse, séparée de toute la largeur de l'os, y compris l'apophyse styloïde. Ce serait une aspérité de ce fragment qui aurait perforé la peau et formé la plaie qui existe sur la face antérieure de l'avant-bras. Mais, en même temps que la fracture a été produite, il y a eu rupture des ligaments de l'articulation radio-carpienne. C'est alors que la petite tête du cubitus est venue faire saillie en avant sous la peau; le carpe s'est porté en arrière, entraînant avec lui le fragment inférieur du radius; puis, abandonnant ce fragment, il s'est porté encore plus en arrière pour former la saillie transversale postérieure que j'ai mentionnée.

La peau est fortement contuse à la partie antérieure du poignet. Il s'est écoulé beaucoup de sang par la plaie ; un épanchement considérable existe dans toutes ces parties ; le gonflement était très-grand le vendredi soir, et il en existe encore trop pour permettre de tenter la réduction. On place le membre horizontalement sur un coussin.

Il n'y a pas de douleur de tête ; la langue est bonne ; le pouls, fort et plein, mais calme ; en un mot, l'état général est bon. Il n'éprouve de douleur que dans le point où existe la fracture de côte, quand il respire (Bandage de corps, très-serré. On a pratiqué hier soir une saignée de cinq cents grammes. Aujourd'hui on lui fera deux autres saignées de cinq cents grammes chacune (Limonade sucrée. Cataplasmes sur le poignet. Diète).

Troisième jour. Le malade est dans le même état ; le gonflement paraît cependant avoir un peu diminué. M. Lenoir pratique la réduction ; de fortes tractions faites sur la main, la contre-extension étant faite sur le bras, n'amènent aucun résultat. Pour obtenir la réduction, M. Lenoir est obligé de repousser fortement les os du carpe en avant, et de ramener en arrière la petite tête du cubitus. Il applique ensuite un appareil modifié de fracture de l'avant-bras, sur la face dorsale de l'avant-bras, longue attelle qui descend jusqu'à la partie moyenne du métacarpe ; elle est séparée de la peau par une compresse longuette, pliée en quatre suivant sa longueur ; au niveau du poignet, une compresse, repliée plusieurs fois sur elle-même, forme un bourrelet qui repousse en avant les os du carpe. Sur la face antérieure de l'avant-bras, petite attelle ne descendant que jusqu'au niveau du carpe, séparée de la peau par une compresse longuette, pliée en quatre suivant la longueur, et repliée sur elle-même à son extrémité inférieure, de manière à repousser le cubitus en arrière. Un bandage roulé les maintient fixées.

Cinquième jour. L'appareil s'est imbibé de sang ; on le

défait. La peau a pris, sur le métacarpe dans le point où repose l'extrémité inférieure de l'attelle postérieure, une teinte blanchâtre qui peut faire craindre la mortification. Il existe un petit point semblable sur la face postérieure du carpe. A la face antérieure du poignet, la peau a toujours une teinte bleuâtre. Il n'a pas beaucoup souffert depuis dimanche, et se plaint plus de l'oppression que de son bras. On enveloppe toute la main et le poignet de linge cératé, et on replace l'appareil en le serrant beaucoup moins (Limonade sucrée. Deux bouillons).

Septième jour. Les taches de la peau de la face dorsale n'ont pas augmenté, mais la gangrène est imminente en avant, à la partie inférieure de l'avant-bras, dans le point où la peau a été distendue et amincie par l'extrémité inférieure du cubitus.

Neuvième jour. Il dit avoir craché un peu de sang. Une eschare gangréneuse s'est formée en avant et se trouve presque entièrement détachée; le pus qui s'en écoule est grisâtre et fétide. Sur la face postérieure de l'avant-bras, à sa partie moyenne, on reconnaît de la fluctuation et de l'emphysème caractérisés par le gargouillement. Les mêmes signes se retrouvent sur la face dorsale du pouce. Deux larges incisions sont pratiquées dans ces points; il s'écoule un liquide purulent, grisâtre, fétide. Le malade n'avait pas souffert de son membre. Comme il est docile, on place le membre entre deux larges cataplasmes, sans appareil.

Dixième jour. Ce malade, qui était encore assez bien hier au soir, a été pris dans la nuit de symptômes nerveux épileptiformes. Il a rendu et rend encore beaucoup d'écume par la bouche. Il n'a pas eu de mouvements convulsifs; les muscles de la face sont contracturés, les dents serrées; il ne peut parler, mais il entend ce qu'on lui dit. Il répond par signes qu'il est sujet à des attaques semblables. La suppuration qui sort par les ouvertures pra-

tiquées hier est brunâtre et très-fétide. La peau de l'avant-bras et du bras présente, en avant et en dehors, une teinte violacée, rougeâtre, annonçant l'extension rapide de la gangrène. La fluctuation et l'emphysème ont envahi tout l'avant-bras et le bras dans les deux tiers de sa hauteur. Le poulx est petit, parfois irrégulier. Râle trachéal ; face profondément altérée ; paupières à-demi abaissées. La peau est couverte d'une moiteur presque froide. (Limonade sucrée. Cataplasmes. Lavement purgatif. Diète).

Onzième jour. Hier après la visite se sont manifestés des mouvements convulsifs. Mort à quatre heures après midi.

Autopsie faite le 9 mars à onze heures du matin.

Le cadavre présente une raideur cadavérique considérable. Le déplacement du poignet s'est reproduit à peu près complet. L'emphysème et l'infiltration purulente occupent tout l'avant-bras gauche et remontent sur le bras jusqu'à l'aisselle. La peau de ces parties présente une teinte violacée ; les tissus incisés laissent écouler un liquide purulent brunâtre ayant une odeur fétide. Les os mis à découvert on reconnaît qu'il existe une fracture comminutive de l'extrémité inférieure du radius. Elle est à peu près transversale, cependant un peu oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Une large esquille quadrilatère a été séparée de la face postérieure du fragment supérieur et rejetée sur la face externe de l'os dans une position telle qu'il était impossible de la remettre en place. Le fragment inférieur constitué par la surface articulaire du radius, très-mince en avant et ayant deux centimètres de hauteur en arrière, est comme écrasé et séparé en plusieurs fragments. Le ligament externe de l'articulation est resté adhérent à ce fragment. L'apophyse styloïde du cubitus a été arrachée par le ligament qui s'y implante ; l'extrémité inférieure du cubitus est luxée en avant et forme la saillie mentionnée en ce point dans l'observation. La saillie re-

marquée à la face postérieure de l'avant-bras est constituée par les os du poignet qui, n'étant plus maintenus par les ligaments de l'articulation radio-carpienne, se sont portés en masse en arrière et en haut, chevauchant ainsi sur les deux os de l'avant-bras. Dans ce trajet, après avoir repoussé en haut le fragment inférieur, ils l'ont abandonné et en ont appliqué les débris contre la face postérieure des deux os de manière qu'on ne pouvait sentir aucune de leurs aspérités.

L'articulation radio-carpienne est ouverte et remplie par la matière purulente brunâtre que l'on trouve autour de la fracture.

Les fibres inférieures du muscle carré pronateur sont déchirées, réduites en bouillie et le muscle tout entier a une couleur noirâtre par suite de l'imbibition de la matière purulente.

Rapports des parties environnantes. En arrière, les extenseurs forment sur la saillie du poignet et du fragment inférieur un plan incliné qui masque complètement les aspérités de la fracture. En avant, les fléchisseurs et le nerf médian passent au devant des fragments et sur la tête du cubitus, puis s'enfoncent directement d'avant en arrière dans la paume de la main. Dans les gaines synoviales de leurs tendons intermédiaires, près de l'extrémité inférieure des troisième et quatrième métacarpiens, on trouve du pus blanc-jaunâtre, crémeux. Sa couleur, ainsi que la disposition de ces gaines synoviales, indiquent suffisamment que ce foyer ne communiquait pas avec celui de la fracture. Il est sûrement le résultat de la contusion qu'avaient éprouvée toutes ces parties. Le faisceau du nerf radial, de l'artère et des veines radiales, continue son trajet le long du fragment supérieur du radius, repoussé un peu en avant par l'esquille quadrilatère mentionnée, et passe ensuite sur la face externe du fragment inférieur pour gagner en arrière le sommet du premier espace interosseux. Le fais-

céau du nerf cubital, de l'artère et des veines cubitales est déjeté près du poignet en dedans et un peu en arrière de la petite tête du cubitus luxée en avant; puis il passe au devant de l'apophyse styloïde de cet os, fracturée et restée adhérente au ligament externe de l'articulation.

Cavité encéphalique. Quelques cuillerées de sérosité dans les fosses occipitales. Injection veineuse de la pie-mère; un peu de sérosité entre cette membrane et le cerveau. Aucune trace de lésion dans la substance de cet organe; pas de sérosité dans les ventricules.

Cavité thoracique. Fracture de la seconde et de la troisième côtes. La seconde est fracturée en deux endroits: à sa partie moyenne et à peu de distance de son cartilage. Cette dernière fracture existait avec un renversement en dedans formant un angle saillant. La plèvre n'était pas ouverte. La troisième côte était fracturée à sa partie moyenne. Aucune lésion du poumon. Le cœur est sain.

Cavité abdominale. Le foie est très-volumineux et présente sur sa face convexe des taches jaunâtres sans aucun changement dans l'aspect du tissu.

Il existait un commencement de hernie épiploïque dans le canal inguinal droit. L'intestin grêle était ramassé dans la fosse iliaque gauche et dans le bassin. Le gros intestin était aussi considérablement déplacé. A partir de l'extrémité supérieure du colon ascendant, cet intestin se dirigeait en bas à droite du rachis jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral, formait dans ce point un arc transversal pour remonter ensuite verticalement en haut à gauche de la colonne vertébrale jusqu'au niveau de la rate; se recourbait alors et devenait descendant, puis, arrivé à la fosse iliaque gauche, il s'en trouvait séparé par les circonvolutions de l'intestin grêle, et l's iliaque était rejetée en avant contre la paroi abdominale. Les autres organes de l'abdomen étaient à l'état normal.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVII^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 4 (Juin 1842).

RÉDIGÉ

Par MM. CONTOUR, CRUVEILHIER, DEBROU, DEMAUX,
DURAND-FARDEL, GAUBRIC, GOSSELIN, LIVOIS, PIGNÉ,
RENDU et A. TARDIEU, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la société.*
(1^o Ovule rendu au milieu d'un caillot de sang. Résorption de l'embryon. — 2^o Encéphaloïde du testicule. — 3^o Pityriasis général. Ulcérations intestinales. — 4^o Abscess métastatiques du foie ouverts dans les veines sus-hépatiques. — 5^o Liste des membres reçus par la société dans le trimestre précédent.)
- B. — *Tumeur anévrysmale de la base du cerveau.*
- C. — *Dégénérescence cancéreuse du fémur.*
- D. — *Grossesse extra-utérine (Rapport).*
- E. — *Diathèse cancéreuse. Fracture du col du fémur.*
- F. — *Kyste de l'utérus ouvert dans l'intestin.*

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. CRUVEILHIER.

M. Comin présente un produit de conception, rendu à la suite d'un avortement, par une jeune fille, détenue en ce moment à Saint-Lazare pour une affection syphilitique. Cette femme, âgée de vingt-un ans, n'a pas eu de rapports sexuels depuis trois mois; elle est depuis un mois et demi dans les salles, où elle est soumise à un traitement par l'iodure de potassium. — Ses règles avaient manqué depuis trois mois, lorsque le 3 avril au soir elle fut prise de douleurs profondes avec pesanteur dans le bassin, et elle rendit le 4 au matin, au milieu d'une perte assez abondante,

une masse noirâtre de la grosseur d'un œuf de dinde ; à l'extérieur de cette masse on aperçoit des fragments, plus ou moins étendus, d'une fausse membrane, encore peu résistante et assez mal dessinée, qui en parcourait toute la superficie. — Immédiatement en dedans de cette fausse membrane, on trouve un caillot sanguin de l'épaisseur de deux à trois centimètres. Au centre une vésicule de la dimension d'un œuf de pigeon, adhérente, par une de ses moitiés, par des filaments très-nombreux, avec une partie du caillot sanguin, remplie d'un liquide ambré, transparent, à parois très-minces. Le liquide contenu est séreux, et on ne trouve dans son milieu aucune trace d'embryon.

Cependant c'est bien là un produit de conception. (Giraldès, Cloquet, Debrou), on y voit manifestement les villosités du chorion et du placenta. — Probablement, lorsque ce produit avait un mois d'existence, il s'est fait une hémorrhagie interutéro-placentaire, qui a entraîné le dégrèvement et son expulsion, seulement deux autres mois après qu'il eût séjourné dans l'utérus comme corps étranger. — Chaque mois quelques gouttes de sang ont été rendues par le vagin, et ont taché le linge de la fille. — La disparition de l'embryon s'explique par la facilité de sa destruction par absorption, à une époque si rapprochée de la formation.

2^o M. Denonvilliers présente une tumeur du testicule qui offrait quelques difficultés sous le rapport du diagnostic. Il y avait une hydrocèle, et de plus une tumeur anguleuse, dure, saillante. Ce testicule paraissait placé en bas et en avant, ce qui est doublement rare. — Après avoir évacué le liquide, on sent que la tumeur est formée par un prolongement dur, situé en avant, et qui est l'épididyme et une portion du testicule. En arrière on trouve l'autre portion du testicule qui est sain. Le malade n'avait pas eu de syphilis ni d'orchite aiguë antérieure. — Il y avait eu des douleurs assez vives dans la tumeur, ce qui portait à penser qu'il s'agissait d'un squirrhe du corps d'hygmore et d'une partie du testicule ; bien que l'intégrité d'une portion de la glande autorisât plutôt l'idée d'un encéphaloïde. A l'examen de la tumeur on vit qu'en effet elle était formée d'un tissu cérébriforme qui avait refoulé une partie de l'organe.

2^o M. Livois rapporte qu'une femme, âgée de soixante-dix-neuf ans, est morte dans le service de M. Rayer, d'un pityriasis général.

Cette maladie est rare et a été considérée à tort comme légère, parce qu'on ne s'est occupé que du pityriasis local. Il n'en est pas ainsi quand le pityriasis se généralise. M. Rayer a appelé l'attention sur ce fait, et a montré qu'alors la mort arrive par suite d'altérations des voies digestives. En effet, dans ce nouveau cas, le pityriasis, qui datait de dix-huit mois, s'était accompagné d'une diarrhée très-abondante. On trouve vers la fin du jeûneum et de l'iléon de nombreuses ulcérations circulaires réunies en plaques transversales, bien limitées, à fond grisâtre, et précédées de petits abcès sous-muqueux. Dans le gros intestin il n'y a pas d'ulcérations, mais on voit de larges bandes ecchymotiques, formées par du sang infiltré sous la membrane muqueuse.

M. Lambon montre des abcès métastatiques du foie, survenus à la suite d'une amputation de la cuisse et ouverts dans les veines sus-hépatiques. On voit en effet, au milieu d'un abcès, une veine qui contient du pus limité par un caillot. — De plus sur deux kystes hydatiques que renfermait aussi le foie, il semble que la capsule de Glisson, qui accompagne la veine porte, ait servi à former la coque d'enveloppe. — M. Maunoury a vu aussi des abcès métastatiques, formés non pas à la superficie, mais à l'intérieur du foie et autour des veines sus-hépatiques dont l'une était ulcérée et communiquait avec le foyer.

5° Ont été nommés dans le premier trimestre :

Membres titulaires.

MM. RENDU.

BOURDON.

CONTOUR.

Membres adjoints.

MM. AUBRY, interne des hôpitaux.

MOREAU, *id.*

BOURGOING (1), *id.*

NEUCOURT, *id.*

H. GUENEAU de Mussey, *id.*

CARON.

DELPECH, *id.*

Membres correspondants.

MM. DUFENTUIS, de Champigny (Seine).

NEWBICOME d'Edimbourg.

(1) La société a eu le regret d'apprendre la mort de M. Bourgoing peu de jours après sa nomination.

Tumeur anévrysmale de la base du cerveau. Compression de la 5^e paire du pédoncule cérébral, et de la protubérance. Destruction de la 3^e paire.

Observation recueillie par M. DELPECH, interne des hôpitaux.

Favet, Marguerite, âgée de 20 ans, couturière, est entrée le 1^{er} novembre 1841, au n° 15 de la salle Saint-Jean, à la Pitié.

Elle est brune, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez délicate. Sa peau est blanche et ses pommettes colorées. Elle a toujours été régulièrement, mais peu abondamment, menstruée.

Quoique peu robuste, elle jouit habituellement d'une bonne santé. Elle a eu les maladies habituelles à l'enfance. Elle avoue une affection syphilitique qui aurait été convenablement traitée ; jamais elle n'a été affectée de douleurs rhumatismales. Elle est assez sujette à des congestions cérébrales toujours peu intenses.

En mars-1841, elle fut, à la suite d'un refroidissement, prise d'une otite qui céda rapidement à l'usage des injections émollientes. Six mois se passèrent, et sa santé n'avait subi aucune altération nouvelle, lorsque au commencement de septembre, dans un moment où elle faisait des efforts de défécation, elle perdit tout à coup connaissance et roula sur la terre. Elle revint à elle-même après un espace de temps qu'il lui est difficile de préciser ; mais elle était dès-lors dans l'état où nous la trouvons à son entrée dans les salles.

La paupière supérieure de l'œil gauche est abaissée et la malade ne peut la relever. Lorsqu'on la soulève, on reconnaît que le globe de l'œil est entraîné fortement vers l'angle externe où il reste immobile. Il ne peut en effet se porter ni en haut ni en bas, ni être ramené en dedans. L'œil droit présente au contraire des mouvements tout à fait réguliers.

La pupille est largement dilatée et immobile. Non seulement l'abaissement continu de la paupière empêche l'exercice de la vision, mais de plus, la paupière étant soulevée avec la main, elle est beaucoup moins parfaite qu'avant l'accident.

Le trajet des branches susorbitaires de la 5^e paire, et la région temporale gauche sont le siège de douleurs extrêmement vives. Ces douleurs sont intermittentes et reviennent à plusieurs reprises chaque jour. La malade est de suite soumise à un régime sévère. Les accidents sont combattus par des vésicatoires volants saupoudrés d'hydrochlorate de morphine promenés successivement derrière l'oreille à la tempe et sur le front et par des bains de vapeur.

On fait sur la région frontale des frictions avec de l'onguent mercuriel simple, puis belladonné sans qu'on observe soit dans l'état de la paupière soit dans celui de la pupille des changements notables.

La malade prend enfin à l'intérieur des pilules composées de 0,15. de calomel et de 0,025 d'extrait gommeux d'opium à la dose de 2 par jour.

L'emploi de ces moyens fut continué pendant les vingt premiers jours de son séjour dans les salles. Elle se plaignit alors d'aller difficilement à la garde-robe. Le sulfate de soude donné à deux reprises différentes n'ayant produit aucun effet, on obtint quelques évacuations avec deux gouttes d'huile de croton.

L'état général ne fut nullement modifié par ce traitement. La joue gauche devint même le siège d'une vive exaltation de la sensibilité, et la fréquence, l'intensité plus grande des congestions cérébrales fit cesser l'usage des bains de vapeur.

Dans les derniers jours de novembre, la joue gauche, douloureuse depuis quelque temps, devint tout à coup insensible. L'anesthésie s'étendait à toutes les parties auxquelles se distribue le nerf sous-orbitaire, la peau de la paupière inférieure, de la moitié du nez de la partie supérieure

de la joue. La face était colorée, la langue un peu sèche, les urines rares, le pouls élevé et fréquent. Ces derniers symptômes ne furent que passagers. On se contenta d'ajouter au traitement de la décoction de tamarin, et de réduire d'une portion la nourriture de la malade.

Au commencement de décembre, on vit apparaître de violentes douleurs à la face interne de la joue gauche, surtout aux environs de la commissure des lèvres. On remarqua de plus un rapide affaiblissement de la malade; 10 décembre. Parole lente, embarrassée, audition moins parfaite dans l'oreille gauche, contracture de la moitié droite du corps. L'avant-bras fléchi, sur le bras est rapproché du thorax. Le pied est étendu sur la jambe, on écarte assez facilement les membres de ces positions qu'ils reprennent aussitôt. Vésicatoires volants, séton à la nuque.

21 Décembre. Un peu de sensibilité reparaît dans la partie paralysée de la joue gauche. La paupière peut être légèrement soulevée sous l'influence de la volonté. Mais les autres accidents sont loin de se modifier aussi heureusement; la contracture persiste dans la partie droite du corps. La malade ne retient ni ses urines, ni ses excréments. La parole est lente, peu distincte; les idées difficiles et peu suivies.

22 Décembre. Convulsions épileptiformes, peu fortement injectées, écume à la bouche, contractions rapides des membres, perte de connaissance. Vingt saignées à l'apophyse mastoïde gauche.

23 Décembre. L'accès convulsif n'a laissé aucune trace. La paupière est soulevée avec plus de facilité que jamais. Le strabisme diminue. La sensibilité se rétablit peu à peu à la joue gauche.

26 Décembre. La contracture est moins intense dans le bras et la jambe droits; elle présente d'abord dans son intensité des variations très-marquées d'un jour à l'autre.

30 Décembre. Bien que la malade affirme avoir été convenablement traitée de son affection syphilitique. M. Le-

noir, la soumet à un traitement mercuriel. Elle prend par jour deux cuillerées d'un sirop ainsi composé :

R. Sirop sudorifique	500 g., 00
Deutochlorure de mercure	0,40
Extrait d'opium	0,40

1 Janvier 1842. La contracture a complètement disparu soit à la face soit dans les membres. La face est sensible dans tous les points précédemment paralysés. L'œil, devenu peu à peu mobile, n'est plus affecté de strabisme, mais l'abaissement de la paupière est complet. L'intelligence décroît. La pâleur de la face, l'amaigrissement rapide ne permettent pas de regarder comme un progrès la rémission de quelques symptômes.

Du 2 au 10. Soulèvement plus facile de la paupière. Douleurs plus vives dans la partie gauche de la cavité encéphalique. Sommeil presque nul. — Julep avec sirop diacode, 30 gram.

Du 10 au 20 Janvier. Il ne s'opère aucun changement notable, si ce n'est dans l'intelligence qui continue de s'affaiblir. On continue de remarquer d'un jour à l'autre des variations assez étendues dans l'acuité de tel ou tel symptôme.

21 Janvier. La contracture reparaît peu intense dans les fléchisseurs au bras et à la jambe droits qui sont le siège d'assez vives douleurs. La formation d'une eschare est imminente à la peau qui recouvre le sacrum. Les douleurs vives que la malade avait pendant quelque temps ressenties à la face interne de la joue gauche se sont dissipées et ont été remplacées comme à la face externe par une paralysie complète du sentiment. Aussi la malade ne perçoit-elle pas le contact des aliments dont une partie séjourne pendant l'intervalle des repas entre la joue et l'arcade dentaire. La mastication est devenue difficile; on est obligé de nourrir la malade de potages, et de mie de pain émiettée qu'elle peut avaler sans être obligée de mâcher.

Elle passe dans cet état quelques jours sans que la contracture s'accroisse et sans que l'état général subisse d'importantes modifications ; mais au commencement de février, le pied droit s'étend fortement sur la jambe, tandis que le bras se rapproche du thorax contre lequel l'avant-bras fléchi s'applique avec assez de force. On écarte le membre de cette position sans trop de difficulté, mais il revient aussitôt. Une large eschare se détache au sacrum; on la lave chaque jour avec une décoction de quinquina et en protège la plaie par un emplâtre de diachylum.

Les symptômes d'affaiblissement persistent, mais ils marchent avec une extrême lenteur. Les phases déjà observées dans la facilité avec laquelle la paupière se soulève, continuent de se produire.

20 Février. L'œil est assez largement ouvert, la pupille toujours dilatée. Quelques mouvements s'effectuent dans la position du globe oculaire, lorsque la malade suit une personne qui passe près d'elle. Il n'y a pas de trace de strabisme. L'eschare a fait quelques progrès.

Le 23. La paupière se soulève sans peine. Il ne paraît pas y avoir de changement dans l'état général. La contracture continue. L'incontinence des urines et des matières fécales est complète.

Le 26 Février la malade s'éteint sans avoir présenté aucun nouveau symptôme.

Autopsie cadavérique : 26 heures après la mort.

La putréfaction n'a pas encore commencé.

Cavité abdominale : Le foie est décoloré, friable, la vésicule biliaire contient une petite quantité de bile épaisse et 3 calculs. Les autres organes ne présentent aucune lésion appréciable.

Cavité thoracique : Le cœur est à l'état normal. Le péricarde contient une cuillerée environ de sérosité. La plèvre viscérale a contracté avec la plèvre pariétale des adhérences fortes et nombreuses. Le tissu pulmonaire est sain.

Cavité encéphalique : Le cerveau étant enlevé avec les plus grandes précautions, on aperçoit à sa base, dans l'espace compris entre le chiasma des nerfs optiques, le lobe moyen du cerveau, les pédoncules et la protubérance annulaire une tumeur du volume d'un œuf de pigeon d'une couleur brun rougeâtre. En incisant de chaque côté l'arachnoïde et en écartant avec précaution les lobes latéraux, on voit qu'elle plonge dans la grande excavation médiane de la base du cerveau. On la soulève doucement et on constate l'adhérence intime qui existe entre elle et la 3^e paire du côté gauche à son point d'émergence de la substance cérébrale. Le nerf disparaît complètement à son niveau pour reparaitre au-delà, rougeâtre, mou et beaucoup moins volumineux que celui du côté opposé. La 5^e paire n'a pas autant souffert de la compression exercée sur elle ; mais au point où elle croise le pédoncule à 3 ou 4 lignes de son point d'émergence, avant d'arriver au ganglion de Gasser, elle présente un aplatissement, une rougeur intense et les fibres nerveuses sont, à partir de ce point, manifestement plus molles que précédemment et que celle du côté opposé.

Les rapports avec les artères ne sont pas moins importants. Le tronc basilaire est entraîné sous la tumeur et on voit en avant la communicante postérieure ramper à sa surface. Les deux artères se confondent au niveau d'une petite ampoule plus blanche que le reste de la tumeur.

Par une secousse trop brusque qui lui fut donnée, elle fut alors énucléée complètement ; et on put voir qu'inférieurement elle n'était retenue par aucune adhérence, mais qu'elle avait altéré les rapports des organes qu'on trouve dans l'excavation médiane. Ces altérations sont d'avant en arrière : Un léger aplatissement du nerf optique du côté gauche en arrière du chiasma ; un aplatissement considérable du tubercule mamillaire gauche qui est fortement refoulé à droite, de manière à occuper la ligne médiane.

tandis que le tubercule mamillaire droit est porté sur le nerf optique de ce côté.

Le pédoncule cérébrale droit ne paraît pas avoir été notablement comprimé, mais le gauche offre une dépression, un aplatissement considérable. Le tissu encéphalique est notablement ramolli, jaunâtre, s'enlève et flotte en toiles celluluses sous un filet d'eau, versé avec la plus grande précaution.

L'espace interpédonculaire est considérablement agrandi et présente une cavité cupuliforme dans laquelle se logeait la petite extrémité de l'ovoïde représenté par la tumeur.

Le 3^e ventricule examiné, en incisant d'avant en arrière, le corps calleux, n'offre rien de particulier.

Enfin, la protubérance annulaire est creusée à gauche par une dépression profonde en forme de gouttière qui s'étend dans toute sa partie antérieure et inférieure, à partir du point d'émergence de la 5^e paire jusqu'au-delà de la ligne médiane.

Quant à la tumeur elle-même, elle est dure, ovoïde. Sa plus grande extrémité était tournée en bas et à gauche, sa plus petite en haut et à droite. Elle offre au niveau de la protubérance une gouttière qui paraît résulter de la pression exercée par la convexité de la protubérance à une époque peut-être où elle était molle encore.

Il restait à déterminer sa nature. Une incision fut faite de manière à la diviser en deux moitiés égales et on reconnut qu'elle était enveloppée d'une membrane fortement adhérente, celluleuse, assez épaisse et résistante, et que cette membrane était elle-même tapissée à la partie inférieure de la tumeur par une couche mince de tissu cellulaire assez lâche, provenant des membranes du cerveau qui passaient au-dessus d'elle. La cavité de cette coque était remplie de couches fibrineuses rougeâtres d'autant plus friables, qu'on les examinait plus près d'une petite cavité autour de laquelle elles étaient disposées en couches concentriques adhérentes entre elles, et on voyai

un caillot d'un rouge noirâtre et non encore organisé.

Un stylet fut alors porté par le tronc basilaire jusque dans la communicante postérieure en passant dans l'espèce de dilatation ampulaire déjà signalée à leur point d'anastomose. On incisa sur le stylet la paroi inférieure des artères, et on vit au-dessus du point dilaté une ouverture arrondie et garnie d'une membrane lisse rougeâtre, semblable à la membrane interne des artères et par laquelle on pénétrait dans la cavité remarquée à l'intérieur de la tumeur. Les adhérences intimes du caillot organisé avec l'enveloppe rendaient fort difficile de suivre dans ses parois la disposition des tuniques artérielles. Il ne peut néanmoins rester aucun doute sur sa nature. C'est évidemment un anévrysme de l'artère cérébrale postérieure au point même où la communicante postérieure vient s'anastomoser avec le tronc basilaire pour la constituer.

Les nerfs examinés au-delà de la tumeur, sont plus rougeâtres, moins volumineux qu'avant le point où ils étaient en rapport avec elle. Le nerf optique du côté gauche est plus flasque, moins épais que celui du côté droit.

Le muscle élévateur de la paupière supérieure gauche ne représente plus qu'un plan musculaire jaunâtre, transparent, d'une très-petite épaisseur. Tous les muscles droits un peu pâles paraissent cependant à l'état sain, et le droit externe n'est pas plus développé que les trois autres.

Dégénérescence cancéreuse du fémur.

Observation recueillie par M. HENRI GUÉNEAU DE MUSSY,
interne des hôpitaux.

Dalliard (François) âgé de 33 ans, tailleur, non marié, d'un teint pâle, dit avoir toujours joui d'une excellente santé; il n'a eu qu'une maladie de peau, pour laquelle il fut traité à Saint-Louis, et dont il lui est resté sur le visage sur la poitrine et sur le dos des cicatrices qui paraissent appartenir à des pustules d'acné; il a eu aussi un chancre sur le prépuce et des végétations à l'anus, dont il prétend

avoir été guéri en quelques jours par des fumigations mercurielles et la liqueur de Van-Swiéten. Il avoue en outre avoir assez souvent fait abus de liqueurs fortes, et quelquefois ces excès lui causaient des évanouissements.

Il y a 5 ans, à la suite d'un voyage à pied, pendant l'hiver, mal vêtu, Dalliard commença à ressentir des élancements dans les genoux ; à l'en croire, ces élancements disparaissaient la nuit, ils étaient assez forts pour lui rendre la marche difficile et très-pénible, et ils ont persisté sans augmenter ni diminuer d'intensité et sans qu'il survînt aucun gonflement, jusqu'au 21 novembre 1837, jour où en fléchissant la jambe pour monter sur un trottoir, la douleur fut tellement violente dans le genou droit surtout, que le malade chancela, tomba, et se fractura les condyles du fémur du côté droit. Transporté à l'hôpital Beaujon, il y est resté 4 mois, pendant lesquels la consolidation de la fracture des condyles parut s'être opérée, et pendant lesquels aussi les douleurs des genoux ont complètement disparu ; à sa sortie de Beaujon, il ne souffrait plus que lorsqu'il appuyait sur sa jambe ; il marchait avec des béquilles ; le genou droit, sans être beaucoup plus volumineux que l'autre, était cependant déformé dans son diamètre transversal ; il y avait ankylose, et la jambe était fléchie à angle très-obtus sur la cuisse.

Depuis le 15 avril 1838, jour de sa sortie de l'hôpital Beaujon, jusqu'au 23 juillet de la même année, Dalliard a été de mieux en mieux ; sa jambe s'était un peu redressée ; l'articulation du genou avait recouvré assez de mobilité pour qu'il pût marcher sans béquille, en boitant toutefois. Il ne ressentait plus que quelques douleurs dans le gras de la jambe, mais plus du tout d'élancements dans le genou, quand ce même jour 23 juillet 1838, il fit une nouvelle chute sur le genou dans un escalier. Porté à Saint-Louis, il y fut soigné pour une fracture de l'extrémité inférieure du fémur du côté droit, du même qui avait déjà été frac-

turé; la place que le malade indique comme étant celle à la hauteur de laquelle on lui a dit qu'existait la fracture répond aux condyles du fémur; on employa comme à Beaumont, le double plan incliné en bois (appareil d'A. Cooper). Il resta 3 mois à Saint-Louis en sort marchant avec des béquilles, ayant la jambe aussi fléchie qu'après la première fracture. Il reprit son état, exerçant son membre sans trop en souffrir, le trouvant même plus robuste qu'après la première consolidation: le malade assure que la difformité du genou n'avait pas augmenté. Au bout de 8 ou 10 mois, il pouvait marcher sans béquilles. Cette amélioration durait depuis un an, quand de nouvelles douleurs éclatèrent dans le genou droit, et s'accompagnaient d'une faiblesse telle que le malade fut bientôt obligé de prendre une canne. La difformité du genou augmenta alors, mais surtout dans le sens antéro-postérieur. Dalliard affirme que la rotule faisait une saillie en avant.

Les douleurs n'avaient pas une grande intensité, mais l'articulation était devenue raide et immobile. Entré à l'hôpital de la charité, le 22 mai 1841, il y fut traité pour une *tumeur blanche* avec des ventouses scarifiées, des applications réitérées de sangsues, et un bandage compressif ouaté. Le malade s'aperçut que le genou gonflait dès qu'on retirait le bandage, il le garda deux mois, à l'hôpital, et en sortit renvoyé par le chef de service, qui déclara n'avoir plus rien à faire. Il marchait avec des béquilles; les douleurs se dissipèrent peu à peu; le malade travaillait assez pour gagner sa vie, quand le 30 décembre 1842 il fit une dernière chute: ses béquilles glissèrent, et d'ailleurs le genou gauche qui lui paraissait faible depuis quelque temps, fléchit sous lui. Dans cette chute, le genou droit eut un mouvement de flexion brusque et forcée, mouvement qui s'accompagna d'une douleur très-vive; un gonflement considérable se manifesta rapidement et rendit insupportable le bandage roulé qui entourait le genou; il se fit transporter

à l'Hôtel-Dieu, où il a été couché au n° 44, de la salle Sainte-Marthe.

Voici l'état sous lequel se présente le malade : la face est maigre et pâle ; toute la peau du corps est d'une teinte pâle aussi et même un peu jaunâtre ; la poitrine, assez maigre, donne un son clair partout, et l'auscultation apprend que la respiration s'exécute convenablement ; les bras et les jambes sont assez chétifs ; la peau qui les recouvre est flasque, et témoigne aussi d'un amaigrissement que Dalliard fait remonter, à environ quatorze mois.

Le genou droit est complètement déformé : il offre une tumeur, arrondie antérieurement, et saillante, la jambe étant étendue, de 8 centimètres environ dans son plus grand diamètre, au-dessus du niveau de la partie antérieure de la cuisse. De haut en bas, elle commence au niveau du tendon du droit antérieur et s'étend jusqu'à l'insertion inférieure du ligament rotulien. Sa base en ce sens présente environ un double décimètre ; son diamètre transversal est un peu moindre. Dans sa moitié supérieure, le palper perçoit une résistance élastique, très-dure, très-prononcée, qui s'étend un peu plus bas en dehors qu'en dedans. Du reste, cet examen n'est que peu douloureux. Il n'y a pas de fluctuation manifeste ; cependant au niveau du droit antérieur, la pression exercée sur la tumeur se fait sentir à l'autre main, placée à une petite distance du lieu où l'on exerce cette pression. En dedans, à la partie interne du genou, la rénitence cesse ; le doigt perçoit un déplacement des tissus sous-jacents, qui donne la sensation d'une sorte de crépitation, puis il s'arrête sur une surface évidemment osseuse ; il en est de même en dehors, seulement la crépitation est moins distincte. Au niveau de ces surfaces osseuses, la douleur est plus vive. Entre elles deux, en avant, plutôt au niveau de l'extrémité supérieure du tibia que de l'extrémité inférieure du fémur, on sent distinctement la rotule, encore un peu mobile, séparée des deux condyles par un sillon moins facile à constater. Au-dessous de la ro-

tule, on sent encore le tendon rotulien, enfoncé dans un tissu empâté où on ne reconnaît pas non plus de fluctuation. La flexion de la cuisse sur le bassin est impossible à cause de la douleur qui en résulte; celle de la jambe sur la cuisse l'est aussi à cause de l'ankylose : la face postérieure de l'articulation est très-douloureuse, empâtée, et le creux poplité est comblé et déformé. La jambe est œdématiée, surtout à sa partie inférieure, au pourtour des malléoles. La tumeur du genou est rouge, très-chaude.

Nous plaçons ici le résultat de l'autopsie de la tumeur, que l'on fit après l'amputation de la cuisse :

On fait une incision longitudinale au niveau du tendon du droit antérieur; les muscles vaste externe et vaste interne, renversés l'un en dehors, l'autre en dedans, sont un peu amincis, adhérents aux parties sous-jacentes; ils ne paraissent pas altérés dans leur structure; au-dessous d'eux existe une membrane blanchâtre, résistante, comme aponévrotique, infiltrée de graisse en dedans surtout, transparente en d'autres points, principalement en dehors, et distendue par un tissu rénitent, offrant çà et là une résistance comme cartilagineuse, superficielle toutefois, et surtout évidente près de l'insertion des tendons du triceps fémoral à la rotule. Ce tissu, à travers la membrane qui le recouvre, montre une couleur rouge livide, avec quelques points jaunâtres qui leur donnent l'aspect du tissu du foie : si on y appuie fortement, on surmonte son élasticité, et l'impression du doigt y reste profondément marquée, en même temps qu'elle accuse la rupture des éléments qui la composent. Si on incise cette membrane d'enveloppe, il s'écoule par l'incision une sanie ichoreuse rougeâtre. L'incision fait découvrir une substance hétérogène dans son aspect, de consistance grommelée, tantôt blanchâtre, formée d'un tissu mou, friable et analogue à l'encéphaloïde, tantôt rouge livide, et formée de caillots. Si on presse cette substance entre les doigts, on sent une

résistance produite par des dégénérescences osseuses développées dans la tumeur. L'extrémité inférieure du fémur est séparée de ses condyles; dans l'intervalle qui les divise est une infiltration de cette substance particulière, adhérente et emprisonnée dans les stalactites osseuses correspondantes aux surfaces contiguës de la fracture. La rotule est saine, mais elle adhère, au moyen d'un tissu fongueux très-serré, à la face antérieure des condyles du fémur, laquelle face, séparée du reste de l'os, présente un demi-centimètre environ d'épaisseur; on n'y reconnaît le tissu osseux qu'à des plaques minces offrant plutôt la résistance du parchemin que celle du tissu osseux proprement dit. On ne saurait mieux comparer la sensation que donne aux palpes le tissu sous-jacent à la rotule qu'à celle qu'on perçoit en touchant certaines dégénérescences osseuses des plèvres ou de l'aorte. Si on écarte un peu plus profondément encore les fragments, c'est-à-dire les condyles du fémur, on trouve qu'ils sont séparés complètement d'avant en arrière par un tissu fibrineux qui, s'il était disposé couche par couche, ressemblerait à ceux que l'on trouve dans les poches anévrysmales. Ici les couches ne sont pas évidentes; le tissu est grommeleux et friable sous le doigt. Il en est de même au niveau de la partie latérale des condyles; ce caractère n'existe qu'à la surface; immédiatement au-dessous, existe la dégénération fongueuse. Si on incise la tumeur de manière à pénétrer dans l'articulation du genou, et si on introduit les doigts de manière à comprendre entre le pouce et l'index le fragment inférieur, on sent qu'il a à peine quelques millimètres d'épaisseur. Sa face postérieure est fongueuse; sa face articulaire, au contraire, est parfaitement saine; les cartilages sont intacts; seulement, le tissu cellulaire adipeux qui double la synoviale paraît en divers endroits être le siège d'une infiltration sanguinolente livide. Du côté du tibia, les surfaces articulaires et le ligament semi-lunaire

sont parfaitement sains; le tissu adipeux qui les entoure est aussi le siège de petites ecchymoses extérieures à l'articulation. En arrière de la tumeur on trouve le nerf sciatique, l'artère et la veine poplitée, enfouis dans un tissu cellulaire serré, parfois infiltré de sang, au milieu duquel on dissèque avec peine les tendons des muscles qui dessinent le creux poplité : les ligaments croisés sont intacts. On trouve aussi dans l'épaisseur même des jumeaux, et près de leur insertion, des foyers d'un rouge livide, comme ceux qui parsèment les tissus voisins de l'articulation.

Continuons maintenant l'histoire de Dalliard depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu le 30 décembre 1841.

Le 31 décembre au matin, à la visite, le malade se plaint de douleurs très-violentes dans son genou; il est très-abattu; on ne peut ni toucher à la tumeur, ni le remuer légèrement dans son lit sans lui arracher des plaintes : application de 40 sangsues; cataplasmes, bouillons.

1^{er} janvier 1842. Les sangsues ont un peu apaisé les douleurs, qui cependant ont été assez intenses pour empêcher le malade de reposer la nuit : cataplasmes laudanisés.

2 janvier. Même état; le soir, sur les quatre heures, le pouls est plus accéléré; Dalliard assure que chaque soir il a un peu de fièvre.

3 janvier. Les douleurs persistent; elles sont plus intolérables la nuit que le jour, où la distraction les lui fait un peu oublier. L'appétit est assez bon; le malade mange avec plaisir, il demande à ce qu'on augmente son régime; on lui accorde deux portions.

4 janvier. On annonce à Dalliard que l'amputation est le seul remède à son mal : cette nouvelle, à laquelle il s'attendait, ne fait pas grande impression sur son esprit; il semble avoir déjà pris son parti, et être tout décidé.

5 janvier. Pas de changement; toutefois, une pomade de belladone, dont on frictionne la tumeur, lui procure quelque soulagement.

6 janvier. Dalliard annonce qu'il est tout prêt à subir l'opération ; il désire même qu'elle soit faite le plus tôt possible.

L'état du malade ne varie pas jusqu'au lundi 10 janvier ; il semble tout résigné et très-peu inquiet ; hier dimanche il a été très-calme.

Aujourd'hui lundi 10 janvier, on pratique l'amputation de la cuisse du niveau du tiers inférieur : l'opération n'offre rien de particulier ; elle est supportée avec courage. Ce soir, le malade est calme ; il y a cependant un peu de fièvre ; il y a eu un suintement de sang qui paraît veineux. A quatre heures le malade repose ; on lui a fait prendre une potion calmante.

Rapport de M. A. RENDU, sur un cas de grossesse extra-utérine, présenté par M. GAUCHER.

Une femme, âgée de 29 ans, entra dans le courant de janvier 1842, à l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur hypogastrique qui la faisait beaucoup souffrir. On sentait à l'hypogastre un corps arrondi, très-bien circonscrit, et imitant parfaitement le corps de l'utérus anormalement développé. Cette tumeur avait ceci de singulier, qu'elle donnait à la pression une crépitation analogue à celle de petites esquilles. La malade était dans un état d'amaigrissement remarquable ; elle offrait le teint paille des cachexies cancéreuses, et en se fondant principalement sur cet état général, on diagnostiqua un cancer de l'utérus. Le toucher ne justifiait pas ce diagnostic, pour la partie de l'utérus accessible au doigt explorateur ; le col était parfaitement sain : il ne se faisait aucun écoulement par le vagin. Ces signes négatifs et la crépitation ne changèrent pas le diagnostic ; on crut à une tumeur de l'utérus ; du reste on ne sentait aucun autre tumeur dans les fosses iliaques ni dans l'abdomen.

Cette femme succomba dans le mois de février, à une pleurésie, et à une phlébite de la cuisse gauche.

Examen de la tumeur. — La tumeur qui occupait la région

hypogastrique est formée par un kyste qui renferme les débris d'un fœtus de 4 à 5 mois, les parois épaisses, fermées et assez résistantes au dehors, sont pulpeuses, mollasses et noirâtres à l'intérieur ; elles paraissent formées par une sorte de tissu pultacé et homogène. Plusieurs organes ont contracté des rapports intimes avec elles. C'est ainsi que la face antérieure de la moitié supérieure du rectum, se trouve comprise dans la paroi postérieure du kyste, tandis que la trompe et l'ovaire du côté droit, ainsi que la face postérieure de l'utérus, entrent dans la composition de la paroi antérieure de cette même poche : la partie supérieure du kyste a contracté des adhérences avec quelques circonvolutions de l'intestin grêle.

L'utérus, qui n'est point augmenté de volume, a conservé la position normale, sa cavité ne contient aucune trace de membrane caduque.

L'orifice utérin de l'une et l'autre trompe de Fallope est parfaitement libre, il en est de même de leur canal. Mais ces organes présentent quelques différences à droite et à gauche. C'est ainsi que la trompe du côté gauche fortement repliée en bas et en arrière, est placée au-devant du rectum et au-dessous du kyste, celle du côté droit au contraire est accolée à la paroi antérieure du kyste et semble en faire partie constituante. Le corps frangé du côté gauche existe et renferme trois petits kystes séreux ; celui du côté droit a complètement disparu dans l'épaisseur même de la paroi antérieure de la tumeur et le crin qui parcourt très librement toute l'étendue du canal ne peut franchir l'extrémité abdominale. L'ovaire gauche a subi le même déplacement que la trompe du même côté ; il n'offre du reste rien de remarquable ni dans son volume, ni dans sa forme, ni dans sa structure. L'ovaire droit est appliqué contre la paroi antérieure du kyste, au-dessous de la trompe du même côté, la face qui est en contact avec le kyste fait partie constituante de la paroi : la surface qui

regarde la cavité péritonéale est normale dans sa forme, sa couleur et son volume.

A l'intérieure du kyste, on trouve une masse du volume d'un gros œuf de poule formée principalement par des os qui paraissent appartenir à un fœtus de 4 à 5 mois. Ces os constituent un squelette complet et sont entre-mêlés d'une matière grasse d'un gris jaune, peu abondante et d'une odeur fétide. Des cheveux se trouvent mêlés à ces débris de fœtus.

Il est de toute évidence que le fait que nous observons est un exemple de grossesse extra-utérine ; mais il nous serait difficile de dire si cette grossesse se rattache aux grossesses dites ovariennes ou aux grossesses péritonéales. En effet dans la pièce que nous examinons, l'on voit l'ovaire du côté droit appliqué sur la partie antérieure du kyste faire partie constituante de cette poche et rien ne prouve que l'ovule secondé ne se soit développé à la surface de la glande. Je dis à la surface et non dans l'intérieur de la glande, bien qu'on en ait dit, parceque, nous pensons qu'il est de toute impossibilité qu'un embryon se développe dans l'intérieur même de l'ovaire.

Les faits observés jusqu'à ce jour, qu'ils aient été empruntés au règne végétal ou au règne animal, démontrent que dans des conditions très différentes avec ou sans copulation, toujours dans l'acte de la génération le sperme et les œufs doivent subir un contact réciproque. Il faut donc nécessairement chez l'homme, pour que ce contact ait lieu, qu'il y ait rupture de la vésicule de Graaf afin de permettre au sperme de se mettre en contact avec l'ovule. Dès lors celui-ci une fois fécondé n'est plus contenu dans l'intérieur de l'ovaire, tout au plus est-il appliqué à sa surface. Les grossesses dites ovariennes nous paraissent donc pouvoir être rangées dans les grossesses péritonéales, puisqu'à vrai dire, l'œuf est alors contenu dans la cavité du péritoine.

Les grossesses extra-utérines ne s'observent que chez les animaux vertébrés supérieurs, parceque chez eux seulement les œufs naissent après la fécondation : chez les animaux inférieurs au contraire les œufs naissent avant la fécondation.

Chez ces derniers, l'œuf non fécondé, mais tendant à l'être, se trouve attiré et absorbé par l'oviducte dont l'activité vitale est exaltée. Chez les premiers, au contraire, l'ovaire fécondé est un centre de vitalité qui attire à lui l'oviducte et lui transmet l'œuf. Que la trompe soit mise en mouvement par turgescence ou par action musculaire, si cet état vient à cesser brusquement, l'œuf tombe et se greffe en un point quelconque de la cavité abdominale.

L'on a quelquefois trouvé dans l'organisation les causes de cet état anormal ; c'est ainsi qu'une conformation vicieuse de l'oviducte peut permettre l'arrivée du sperme à l'ovaire, mais s'oppose à ce que l'ovule fécondé soit saisi. Comme vous le savez, Messieurs, de toutes ces causes la plus fréquente paraît être une commotion morale éprouvée pendant l'acte vénérien ou immédiatement après.

Les débris de fœtus que nous avons trouvés dans le kyste appartiennent, avons-nous dit, à un fœtus de 4 à 5 mois. Parmi les causes qui ont pu amener la mort de l'embryon, nous pensons que la plus probable est le défaut de nutrition. Dans les grossesses péritonéales le fœtus ne reçoit pas en général la quantité de matières nécessaires à son accroissement, il succombe : mais comme dès l'origine de la grossesse péritonéale l'œuf agit comme corps étranger, un kyste se forme autour de lui ; ce kyste l'isole des organes environnants, et alors que la vie a par une cause quelconque cessé dans l'embryon ce kyste persiste ; bien plus son accroissement continue, et préserve ainsi l'organisme du contact délétère d'un corps qui se putréfie. Nous pensons que dans le cas présent le fœtus était mort depuis longtemps, et ce qui tend à nous le faire croire, c'est la for-

mation complète et exacte du kyste, l'homogénéité de ses parois, la destruction presque totale des parties molles du fœtus, l'absence de toute trace de placenta et l'état normal de la surface interne de l'utérus.

L'exemple que nous avons sous les yeux vient s'ajouter au nombre des faits qui prouvent que dans les grossesses abdominales, les hémorrhagies sont loin d'être fréquentes. Les parties qui avoisinent l'œuf cèdent facilement et se prêtent au développement de l'embryon, tandis que dans les grossesses tubaires ou interstitielles, il arrive une époque où, par le fait même de l'accroissement de l'œuf, les tissus se déchirent, et alors apparaissent des hémorrhagies auxquelles succombent le plus souvent la mère et l'enfant. Ce sont ces considérations qui nous font croire que de toutes les grossesses extra-utérines, les moins dangereuses, peut-être celles qui présentent le plus de chances de salut pour la mère, sont les grossesses du genre de celle qui nous occupe en ce moment, c'est-à-dire les grossesses péritonéales.

Diathèse cancéreuse. — Fracture du col de fémur.

Observation recueillie par M. A. MOREAU,
interne des hôpitaux.

Le 6 avril 1842 est entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Jadioux, le nommé Savigny, âgé de 57 ans, cultivateur à Puteaux, près Paris. Cet homme, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, dit n'avoir jamais eu d'affection vénérienne. Ses parents qui sont morts à un âge avancé, avaient joui d'une bonne santé, et n'avaient jamais subi d'opérations; il n'a jamais entendu dire que dans sa famille on ait pratiqué quelque opération grave. Pour lui, il s'est toujours livré aux travaux pénibles de la campagne, sans ressentir la moindre indisposition. Ce n'est

que depuis deux mois qu'il a éprouvé des douleurs assez vives dans la cuisse droite et qu'il s'est aperçu de la présence d'une tumeur siégeant à la partie inférieure et antérieure de la poitrine du côté gauche. Les douleurs que le malade ressentait dans la cuisse, devenant plus vives et rendant la marche difficile, cet homme se décide à entrer à l'hôpital, où il arriva après avoir fait une partie du chemin de Puteaux à Paris à pied.

État actuel. — Le malade ne se plaint que de douleurs dans la cuisse droite; celle-ci est plus volumineuse que celle du côté opposé, on trouve à la partie moyenne du fémur une tumeur profonde de la grosseur d'une noix un peu aplatie, adhérente à la face antérieure du fémur. Les muscles antérieurs de la cuisse ne paraissent pas compris dans cette tumeur, qu'ils ne font que recouvrir; une pression un peu forte développe quelques douleurs légères qui disparaissent quand la cause qui les déterminait a cessé d'agir. Les mouvements sont faciles mais douloureux, surtout au niveau de l'articulation coxo-fémorale. le pied ne présente aucune déviation. Les deux membres inférieurs ont la même longueur dans les mouvements que l'on fait exécuter au membre malade, on ne sent aucune crépitation. — Le tronc est examiné, et l'on trouve dans les parties inférieure et antérieure de la poitrine du côté gauche, une tumeur du volume d'un œuf de dinde, de forme ovale, dirigée transversalement et adhérente aux fausses côtes et aux muscles intercostaux correspondants, la peau qui recouvre cette tumeur ne présente pas de changement de couleur, seulement les veines qui rampent à sa surface sont un peu dilatées; la pression qu'on exerce sur la tumeur ne fait sentir aucune fluctuation, la percussion rend un son mat. Le malade dit ne s'être aperçu de la présence de cette tumeur que depuis deux mois, elle avait alors le volume d'une grosse noix, et n'a jamais été avant cette époque le siège d'aucune douleur. En exami-

nant avec soin la surface du corps du malade, on trouve d'autres tumeurs moins volumineuses, au nombre de huit ou dix, de formes et de dimensions variables, en général rondes ou ovalaires et du volume d'un pois ou d'un haricot, disséminées sur la paroi abdominale antérieure et à la base de la poitrine. Ces tumeurs sont presque toutes roulantes sous la peau, deux pourtant sont adhérentes par leur partie profonde, l'une de ces deux est placée dans la ligne blanche, un peu au-dessus de la cicatrice ombilicale, le malade dit ne s'être aperçu de ces petites tumeurs que depuis deux mois, époque où la tumeur de la base de la poitrine avait acquis un volume assez considérable pour qu'il s'en aperçût en s'habillant; cette circonstance lui fit examiner avec plus de soin, les parois abdominales et lui fit découvrir ces tumeurs qui n'ont pas sensiblement grossi depuis cette époque. Le malade dit que sa santé générale n'a pas été troublée, il se plaint seulement que depuis huit jours les aliments ne passent pas aussi bien, le ventre n'est pas douloureux, l'appétit a un peu diminué, le malade n'a pas de dévoiement et va régulièrement à la selle, la peau de la face est légèrement jaunâtre.

Le malade est vu quelques jours après son entrée par plusieurs médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, qui ne sont pas d'accord sur la nature de ces tumeurs, et encore moins sur la maladie de la cuisse.

Le 16 avril, c'est-à-dire dix jours après son entrée à l'hôpital, le malade dit avoir fait quelques mouvements dans son lit pour chercher une position plus commode, et avoir ressenti une douleur extrêmement vive dans la cuisse, au niveau de l'articulation coxo-fémorale, douleur qui a été suivie de l'impossibilité d'étendre le membre inférieur, en sorte qu'on fut obligé de lui mettre derrière le dos une chaise garnie de deux oreillers, pour maintenir le tronc dans une position verticale et parallèle à l'axe du membre malade. Les parties molles qui recouvrent l'arti-

culatation iléo-fémorale, sont oedématisées et la pression développe des douleurs très-vives. Le malade sent des craquements dans l'articulation iléo-fémorale, l'extrémité du pied est tournée en dehors, impossibilité de mouvoir le membre. Le gonflement considérable de celui-ci et les douleurs très-vives qu'éprouve le malade, empêchent de sentir la crépitation, dernier signe de la fracture du col du fémur qu'on ne put constater pendant la vie. Depuis son entrée à l'hôpital le malade a beaucoup maigri, la face est plus jaune qu'elle n'était, l'appétit a diminué, et il est survenu un peu de dévoitement, les douleurs de la cuisse sont plus vives la nuit que le jour, ce qui empêche le malade de dormir. Depuis deux jours c'est-à-dire le 14 avril des douleurs lancinantes mais fugaces se sont manifestées pour la première fois dans la tumeur de la base de la poitrine.

Le 18 avril, les douleurs de la cuisse augmentent d'intensité, celles de la tumeur conservent leur caractère lancinant et se manifestent à des intervalles plus ou moins longs; le dévoitement continue malgré les moyens employés pour l'arrêter; anxiété du malade, respiration gênée, la percussion et l'auscultation de la poitrine font reconnaître un épanchement pleurétique à gauche. Pendant la durée de son séjour à l'hôpital, le malade a été soumis à l'emploi des bains de vapeur, de ventouses sur le côté gauche de la poitrine, puis d'un large vésicatoire sur cette partie; un vésicatoire fut aussi appliqué sur la hanche, mais supprimé lorsque l'œdème se manifesta: des pilules opiacées furent administrées, et lorsque le dévoitement survint, des lavements de guimauve et d'amidon.

La maladie fit des progrès rapides, et le malade finit par succomber le 23 avril à onze heures du soir, dix-sept jours après son entrée à l'hôpital, et deux mois et demi après l'apparition des symptômes.

Autopsie cadavérique. L'autopsie fut faite dans la matinée du 25 avril.

Tête. Le cerveau ne présente aucune altération, les os du crâne avaient leurs caractères normaux.

Thorax. La tumeur placée à la partie inférieure de la poitrine avait tous les caractères du tissu encéphaloïde ramolli ; elle faisait saillie à l'extérieur et à l'intérieur, deux fausses côtes étaient en partie comprises dans la tumeur, et détruites dans une partie de leur étendue.

A l'intérieur, épanchement pleurétique ; à gauche, tubercules bronchiques, encéphaloïdes.

Abdomen. Les petites tumeurs disséminées sur les parois abdominales étaient régulières, dures, blanches, ayant l'apparence d'un marron, les unes adhérentes à la peau, les autres adhérentes aux muscles abdominaux, et, enfin, quelques-unes étaient libres entre ces muscles et la peau.

A l'intérieur de l'abdomen : cancer du pylore et du duodénum, qui laissaient encore passer les matières contenues dans l'estomac par un canal dans lequel on pouvait introduire une sonde de femme : quelques tumeurs, semblables à celles des parois abdominales, s'étaient développées dans le mésentère et l'épiploon.

Cuisse droite : fracture et distraction d'une partie du col du fémur, suppuration noirâtre et fétide dans la capsule articulaire, le ligament interosseux maintient fortement la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, dont les cartilages diarthrodiaux ne sont pas détruits. Cette fracture, selon toute apparence, a eu lieu depuis l'entrée du malade à l'hôpital, puisqu'il a pu faire un assez long trajet à pied pour se rendre à l'Hôtel-Dieu. A la partie moyenne et antérieure du fémur, on trouve une tumeur encéphaloïde ayant dénudé l'os, détruit son périoste et les lames osseuses les plus superficielles : la maladie n'allait pas jusqu'au canal médullaire, qui fut ouvert, et trouvé sain.

Les tumeurs encéphaloïdes et le cancer du pylore et du duodénum, parvenus à un développement considérable, ne se sont aussi manifestées que tout à coup, et par des

symptômes très-vagues, fort peu de temps avant la mort du malade.

La nature de ces tumeurs dut être examinée avec soin, et l'on dut se demander si ces lésions osseuses n'avaient pas été le résultat de tubercules développés dans l'intérieur des os. Les autres os du squelette ont été examinés, et dans aucun on ne trouve ces masses tuberculeuses décrites par M. Nélaton. Dans les parties malades elles-mêmes et dans leur voisinage, on ne rencontra que du tissu encéphaloïde ; le col du fémur, qui présentait la plus grande altération du squelette était détruit, et des parcelles du tissu spongieux de la tête et du col nageaient dans une sanie brunâtre et fétide, ne contenant aucun grumeau, et remplissant la capsule articulaire. Cette absence des caractères des tubercules d'une part, et de l'autre la présence de masses nombreuses encéphaloïdes disséminées dans le reste de l'économie, et la rapidité avec laquelle la maladie a fait des progrès, ne doivent guère laisser de doute sur la diathèse cancéreuse à laquelle le malade a succombé.

Kyste attenant au fond de l'utérus, et ouvert dans l'intestin grêle.

Observation recueillie par M. A. Rotureau.

Caroline M., âgée de trente-deux ans, est accouchée à terme, il y a un an, d'un enfant mâle, d'une bonne conformation, qui vit encore, et qui a l'apparence d'une santé ferme. En même temps qu'elle sentait l'enfant se développer dans la matrice, elle fit appeler son médecin pour constater qu'il se développait en même temps, hors du bassin, une autre tumeur qui séparait l'abdomen en deux parties à peu près égales, ayant, l'une et l'autre, pour limite le sillon noirâtre qui vient aboutir à l'ombilic de presque toutes les femmes enceintes : cette tumeur prit de l'accroissement jusqu'au quatrième mois de la véritable gros-

sesse, qui ne fut, du reste, en aucune façon entravée dans sa marche.

L'accouchement eut lieu naturellement, la délivrance fut aussi naturelle, les suites de couches et la fièvre de lait parcoururent des périodes régulières, mais la tumeur conservait son volume. Quatre mois après le jour des couches, cette tumeur étant venue à s'enflammer, et le ventre étant devenu très-douloureux, le malade se fit transporter à l'hôpital des cliniques.

MM. Dubois et Depaul, reconnurent l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une tête de nouveau-né, siégeant dans la fosse iliaque droite, présentant à la percussion de la matité dans toute son étendue. Ces Messieurs, pensèrent que cette tumeur contenait un liquide séreux ou séro-sanguinolent, et probablement que ce kyste appartenait à l'ovaire droit. Sous l'influence de la médication, la tumeur diminua de volume, et était devenue de la grosseur du poing d'un adulte, facilement dépressible, puisque la malade, à l'aide d'un corset un peu serré, put rentrer dans le monde sans que sa tumeur fit saillie à l'extérieur. Elle sortit de l'hôpital.

Cette femme devint de nouveau enceinte à la fin d'octobre dernier. Le 28 décembre elle eut une fausse couche. La tumeur, jusque-là restée stationnaire, augmenta sensiblement de volume, le ventre devint douloureux, la malade eut des vomissements bilieux fréquemment répétés; les aliments, pris en petite quantité, il est vrai, passaient cependant: il n'y eut jamais de dévoiement. Ses souffrances devenant journellement plus intenses, elle résolut d'entrer de nouveau à la clinique d'accouchements.

21 janvier 1842. Entrée à l'hôpital. — La malade porte dans la fosse iliaque droite principalement, mais se prolongeant jusque dans la gauche, une tumeur ayant 73 centimètres de circonférence, 31 centimètres de diamètre ver-

tical, 35 de diamètre horizontal, et 32 de diamètre oblique. Elle a la grosseur d'une tête d'adulte ; sa sonorité est extrême dans tous les points, elle donne à la percussion un son tympanique. — Le ventre est tendu, douloureux, plus dans certains points que dans certains autres. — Depuis sa fausse-couche, elle a plusieurs fois eu des pertes sanguines vaginales, mais depuis une dizaine de jours, le sang s'était arrêté. Avant hier ses pertes ont recommencé ; elle évalué à un verre ce qu'elle a perdu de sang par jour ; un écoulement assez abondant existe encore ; le toucher vaginal indique que le col utérin est mou, assez dilaté pour recevoir le bout de l'index. M. Gerdy jeune, alors chargé du service, pense que cette tumeur pourrait bien reconnaître pour cause une grossesse extra-utérine ; que l'enfant a cessé de se développer à deux mois et demi ou trois mois, et que, maintenant, le fœtus, contenu dans l'ovaire ou même dans la cavité péritonéale, est putréfié, ce qui donne lieu au dégagement de gaz, qui fait que la sonorité constatée peut facilement s'expliquer.

La respiration se fait difficilement, il y a beaucoup de chaleur à la peau, la face est vultueuse, le ventre est douloureux. La malade a peu dormi ; le pouls est à 130 pulsations par minute : quelques bulles de râle sous-crépitant à l'angle inférieur de l'omoplate gauche. — La face ne tarde pas à devenir ictérique.

Le 9 février, la malade a éprouvé un malaise général, des vomissements bilieux qui ont continué jusqu'à dix heures du soir. A cinq heures du soir, sans avoir éprouvé la moindre colique, la malade eut une première garde-robe, qui fut bientôt suivie de cinq à six autres aussi abondantes que la première et aussi fétides. Dans les matières alvines rendues, on constate des flocons jaunes-blanchâtres, mêlés aux fèces onctueuses et comme purulentes, qui ont l'aspect et la consistance d'albumine coagulée. La fétidité de

ces matières est telle qu'il est impossible d'en respirer un instant l'odeur. — Depuis cette époque, pendant quelques jours, la tumeur diminue notablement, les vomissements continuent, l'affaiblissement devient extrême, et la malade succombe le 22 février 1842.

Autopsie 30 heures après la mort. La teinte ictérique observée pendant la vie colore tous les tissus du cadavre.

L'abdomen est tuméfié, surtout à droite. On circonscrit facilement avec les doigts la tumeur. Elle a 67 centimèt. de circonférence, 20 de diamètre vertical, 29 de diamètre horizontal, et 26 $1\frac{1}{2}$ de diamètre oblique.

Le ventre étant incisé, on constate qu'un tissu cellulaire assez lâche fait adhérer la tumeur à la paroi abdominale antérieure, depuis deux centimètres au-dessus de l'ombilic, jusqu'au niveau de la symphyse pubienne. La largeur de l'adhérence ou son diamètre transversal est de 19 centim. $1\frac{1}{2}$. Cette tumeur tient au fond de l'utérus par un pédicule de 3 centim. $1\frac{1}{4}$ de longueur et de 2 centim. $1\frac{1}{2}$ d'épaisseur. Ce pédicule est plein et n'offre aucun pertuis qui fasse communiquer l'intérieur du kyste avec la cavité de la matrice. La paroi postérieure de la tumeur adhère avec l'intestin grêle dans une étendue de 9 centimètres environ. Deux ouvertures de communication existent entre l'intérieur du kyste et cet intestin. Une des communications, la plus large, ayant 1 centim. $1\frac{1}{4}$ de diamètre est située à 7 centimètres de la valvule iléo-cœcale; et l'autre, la plus petite, ayant 9 millimètres de diamètre est située plus haut à 2 centimètres de la précédente. Ces perforations existent comme on le voit, dans le point où on les soupçonnait pendant la vie, et où un gargouillement manifeste se produisait quand on pressait la tumeur un peu fortement, avec la main. En haut le kyste adhérait avec la convexité du colon transverse, mais là l'adhérence était très-fragile, et aucune ouverture de communication n'existait avec cette

portion de l'intestin. — Les parois du kyste incisé sur le côté droit, où il n'est pas adhérent, ont une épaisseur d'un centimètre environ. Il contient une matière jaunâtre infecte, de la consistance d'une bouillie assez molle qui s'écoule par l'incision et s'épanche dans le péritoine. L'intérieur du kyste détergé de cette bouillie d'odeur gangréneuse par un filet d'eau, laisse voir des lambeaux demi fibreux, demi-charnus, rougeâtres et assez friables. On en peut retirer plusieurs qui sont libres dans l'intérieur de la tumeur.

L'utérus n'a pas un volume plus considérable qu'à l'état normal, mais en avant et en arrière du ligament large droit existent deux petites tumeurs de la grosseur d'une aveline, dures au toucher, et criant sous le scalpel qui les coupe. Leur intérieur est jaune, strié de veines d'une couleur moins foncée, le tissu en est dense, nullement friable, et à la circonférence se voit une coque plus blanche et plus résistante qui semble contenir la matière striée dont nous avons parlé.

Les deux ovaires sont parfaitement sains, les trompes et les autres annexes de l'utérus sont à l'état normal.

Le péritoine pariétal et viscéral qui n'est pas adhérent aux parois du kyste, est sain dans toute son étendue, et ne contient nulle part, de sérosité, ni de pus.

La muqueuse stomacale semble ramollie, un pointillé noirâtre s'observe surtout au niveau de l'ouverture pylorique ; mais son état ne peut expliquer les vomissements opiniâtres observés pendant la vie. En aucun point l'estomac n'adhère avec la tumeur.

Intestins. — Rien de notable que les adhérences, et les perforations sus-indiquées.

Le foie est un peu gros, mais nulle part adhérent, refoulé en haut et à droite. La vésicule est turgescente d'une bile noire, excessivement poisseuse comme de la mélasse

très-épaisse. Ni elle, ni les canaux biliaires ne nous paraissent assez comprimés pour nous expliquer l'ictère si marqué qui a existé dans les derniers temps de la vie.

La rate, les poumons, le cœur, le cerveau sont dans l'état le plus parfait; seulement des adhérences anciennes unissent les deux feuillets de la plèvre gauche.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVII^e ANNÉE.

BULLETIN N° 5 (Juillet 1842).

Rédigé

Par MM. CONTOUR, CRUVEILHIER, DEBROU, DEMAUX,
DURAND-FARDEL, GAUBRIC, GOSSELIN, LIVOIS, PIGNE,
RENDU et A. TARDIEU, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la société.*
(1° Exostose du fémur. — 2° Emphyème spontané par gangrène du médiastin. — 3° Absorption du pus d'un ulcère. — 4° Dégénérescence fongueuse des os du crâne. — 5° Anévrysme de l'aorte abdominale. — 6° Kyste fœtal. — 7° Hernie crurale de la trompe de Fallope. — 8° Insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. — 9° Tumeur squirrheuse du cuir chevelu. Absès du cerveau. — 10° Cœur simple.
- B. — *Cancer colloïde de l'estomac (Rapport).*
- C. — *Chute de l'utérus. Calculs vésicaux. Cystotomie uréthro-vaginale (Observation et rapport).*
- D. — *Péritonite par rupture d'un kyste de l'ovaire.*
- E. — *Diathèse tuberculeuse.*
-

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. CRUVEILHIER.

1^{er} M. Chassaignac fait voir une exostose développée à la partie interne et inférieure du fémur, un peu au-dessus des condyles. Il n'ose pas se prononcer aussi positivement qu'Astley Cooper, en disant que c'est là le siège le plus fréquent de ces tumeurs; il fait remarquer que cette exostose semble suivre un trajet ascendant

dans son développement, car son bord supérieur forme un angle très-aigu avec le corps du fémur, et son bord inférieur un angle obtus. Ce qui appelle l'attention dans ce cas, c'est une capsule aéro-fibreuse formée entre la tumeur et le muscle vaste interne. Quand le frottement est sous-cutané, c'est une bourse muqueuse qui se forme; ici le frottement était sous-musculaire, il y a une bourse fibro-séreuse; celle-ci n'est point un prolongement de la synoviale articulaire comme on pouvait le soupçonner tout d'abord; la synoviale n'est nullement interrompue à sa partie supérieure.— Cette tumeur aurait pu être enlevée sans qu'on ait eu à craindre de pénétrer dans l'articulation.

2° M. Cruveilhier rapporte le fait suivant, qui établit une nouvelle cause d'*emphysème spontané*. Un malade auquel il donnait des soins présentait tous les caractères de l'asthme; au bout de huit jours il fut pris d'une fièvre très-intense, avec prostration et difficulté extrême de se lever; puis tout à coup, il survint un emphysème au cou. M. Cruveilhier crut que cela tenait à la rupture de quelques vésicules pulmonaires par suite des grands efforts de respiration. L'emphysème s'étendit en avant jusqu'à l'abdomen, en arrière tout le long du rachis jusqu'au sacrum. A l'occasion de ce fait, M. Cruveilhier rappelle qu'il vaut bien mieux avoir recours à l'auscultation qu'à la seule pression, pour reconnaître la crépitation caractéristique de l'emphysème, surtout quand il n'y a que très-peu d'air infiltré. A l'autopsie on trouva une inflammation gangréneuse du médiastin antérieur avec épanchement fétide dans la plèvre droite. Les poumons étaient sains. M. Cruveilhier ne connaît que deux causes d'emphysème spontané, celle-ci et la rupture des canaux aériens.

3° M. Demcaux a vu chez un vieillard très-amaigri, qui portait un large ulcère à la jambe droite, les vaisseaux lymphatiques de la région inguinale du même côté remplis de pus. Les ganglions eux-mêmes en contenaient. Il n'y avait pas de traces d'inflammation autour de ces ganglions; rien non plus autour de l'ulcère.

4° M. Rendu présente une dégénérescence des os du crâne, de celles que l'on désigne sous le nom de *fungus de la dure-mère*: et qui a manifestement pris naissance dans le diploé. On voit sur cette pièce l'altération envahir tantôt la table interne, tantôt la table externe; tantôt le diploé seul; le cuir chevelu est intact. Cet exemple,

en tout semblable à celui qu'a montré M. Bélin, confirme les recherches modernes sur ce point.

5° M. *Oulmont* présente un *anévrisme de l'aorte abdominale* trouvé chez un homme qui était entré dans le service de M. Clément, à la Pitié, pour un embarras gastrique. On trouvait pendant la vie, à la région épigastrique à cinq centimètres à gauche de l'apophyse xyphoïde, une tumeur dont le développement remonte à trois années, et qui ne déterminait que très-peu de dyspnée et des battements très-forts après une fatigue. On y entendait un bruit de souffle et ses pulsations étaient tout à fait superficielles. Le malade, guéri de son embarras gastrique, meurt subitement la veille du jour où il devait sortir, après avoir commis quelque imprudence. On trouva un épanchement de sang dans l'abdomen. La tumeur, située au dessous du diaphragme, occupe la partie antérieure de l'aorte et correspond à la petite courbure de l'estomac; l'œsophage la contourne. Elle présente en avant une rupture à bords inégaux. Elle contient quelques caillots peu consistants. Le cœur n'offre qu'une dilatation peu considérable du ventricule gauche. L'aorte est généralement dilatée et parsemée de plaques ossenses: le point où existe la poche est brusquement renflé. Le tronç coeliaque est immédiatement au-dessous du sac anévrysmal, un peu rétréci et déjà compris dans les parois de la tumeur; il paraît oblitéré.

6° M. *Pigné* fait voir une tumeur trouvée libre et non pédiculée, dans le bassin et à l'intérieur, de laquelle on découvre un *squelette de fœtus*. Tous les os s'y trouvent et sont très-reconnaissables, comme le démontre M. Cruveilhier. — M. Pigné fait remarquer que ces os ont continué à vivre après la mort du fœtus, et sont arrivés à un degré d'ossification plus complet que ne le comporte son âge probable. M. Cruveilhier a vu aussi des kystes où la croissance des poils a été énorme; il est vrai que dans ce cas un bulbe suffit pour entretenir la vie, comme le dit M. Chassaignac.

7° M. *Aubry* a trouvé sur le cadavre d'une femme de soixantedix ans, une *hernie de la trompe de Fallope* qui diffère par son siège de la hernie crurale ordinaire. Elle est fixée près de la partie externe du ligament de Fallope, ou au-devant du pectiné, en dehors des adducteurs, en dedans des vaisseaux cruraux. C'est une hernie à travers le ligament de Gimbernat.

M. Demeaux pense que cette hernie dans sa disposition ne dif

rière de la hernie commune que parce qu'elle est située à la partie la plus élevée de l'anneau, et qu'elle s'est étranglée au niveau de l'entonnoir qu'il a indiqué. Le collet est seulement très-étroit et le sac très-allongé.—M. Gosselin dit aussi que cette hernie paraît s'être faite par une des nombreuses ouvertures situées au-devant du canal crural et qui donnent facilement issue aux intestins.

8° M. Livois montre le cœur d'une femme qui était depuis un mois à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, avec une ascite et un œdème. Il existait, au premier temps seulement, un bruit de souffle dont le maximum d'intensité existait à la pointe du cœur et allait en diminuant vers la base, sans se prolonger dans l'aorte. Cette circonstance est très-importante pour le diagnostic du siège de l'altération; il en est de même de l'état du pouls qui était d'une faiblesse extrême. L'orifice aortique ne présente que de petites végétations très-peu considérables, et qui ne peuvent avoir produit ce bruit anormal. Tandis qu'à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche au contraire, il existe une ossification et une adhérence des valvules qui entraînent leur insuffisance et le rétrécissement de l'ouverture.

MM. Guérard et Durand-Fardel font remarquer l'absence de bruit de souffle au deuxième temps; M. Guérard ajoute que le sang peut passer assez facilement malgré le rétrécissement, et que la force d'impulsion de l'oreillette n'est pas assez grande pour produire un bruit de souffle au deuxième temps, dans les rétrécissements de l'orifice auriculo-ventriculaire. Ce qui existe alors, c'est comme dans le cas présent un bruit au premier temps, aussi par l'insuffisance.

9° M. Tavignot présente une tumeur squirrheuse ulcérée qui siégeait sur le cuir chevelu. Il n'y a jamais eu d'accidents nerveux. La tumeur était mobile, et on en fit l'ablation avec facilité. Elle siégeait uniquement dans la peau, les parties sous-jacentes étaient intactes. Ce fait avait quelque importance au point de vue du diagnostic; car on aurait pu croire à un fungus de la dure-mère.

La tumeur fut enlevée le 26 avril. Le 2 mai parurent quelques frissons; et le lendemain il y avait hémiplegie du côté droit. Le malade avait conservé un peu de connaissance. Le 4 mai la face était couverte d'une teinte jaunâtre. Deux saignées n'avaient pas arrêté les accidents. On pratiqua le trépan sur la partie latérale

gauche du crâne, à l'endroit où l'os avait été dénudé et ruginé. Arrivé sur la dure-mère, on la trouva seulement pâle et comme jaunie. Lorsqu'on l'incise, il sort une certaine quantité de pus. La mort arrive vingt-quatre heures après l'opération. A l'autopsie, on trouve du pus dans la cavité de l'arachnoïde, et dans le lobe gauche la substance du cerveau ramollie. Dans le poumon et le foie des abcès métastatiques. Le sang n'était pas diffusé.

10° M. *Thore* présente un exemple de *cœur simple*. L'enfant qui offrait cette anomalie était sujet à des attaques de cyanose et de dyspnée intermittente provoquée par l'agitation. La matité précordiale s'étendait autant à droite qu'à gauche. Le deuxième temps était remplacé par un bruit de souffle simple, râpeux, mais non constant. — A l'autopsie, on vit que le cœur était placé sur la ligne médiane, et formé seulement de deux cavités, l'oreillette à droite, le ventricule à gauche. Dans l'oreillette venaient se rendre les quatre veines pulmonaires et les deux veines caves. Il existait un seul orifice auriculo-ventriculaire. Le ventricule, également unique, présente l'ouverture de l'aorte suivant les dispositions ordinaires; quant à l'aorte pulmonaire elle s'y ouvre indirectement dans une sorte d'infundibulum accessoire dont on retrouve la trace au niveau de l'ouverture des veines caves dans l'oreillette. Il n'y avait pas de canal artériel.

Extrait du rapport de M. COSTILHES sur une observation de cancer colloïde de l'estomac, présentée par M. le docteur DUPERTUIS (de Champigny).

Un négociant âgé de quarante-quatre ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, menant une vie active et régulière, d'une bonne santé habituelle et d'un grand appétit, portait depuis vingt années une eczéma chronique des jambes, lorsque en novembre 1839, à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'une péritonite aiguë d'une certaine gravité qui céda à un traitement antiphlogistique. Pendant le cours de cette affection abdominalé, son eczéma des jambes avait diminué d'intensité.

Il jouissait d'une parfaite santé depuis six à huit mois, lorsqu'il éprouva à la région de l'estomac des crampes et des douleurs très-aiguës qui le prenaient subitement, et sous forme d'accès. Variant de durée depuis un quart d'heure jusqu'à une heure et demie et plus; ces douleurs étaient telles que le malade se tordait et poussait de pénibles gémissements. La douleur cessait tout à coup pour reparaitre de la même manière, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Dans les premiers temps le malade apaisait ces douleurs en prenant des aliments, ou de l'eau froide, puis, ces moyens étant insuffisants, on lui appliqua des vésicatoires, des cautères, des ventouses; on lui administra ensuite et sans succès, les opiacés, les antispasmodiques, la saignée, les purgatifs, etc. Ce malade n'avait ni fièvre, ni nausée, pas d'éruption, de vomissements, de dévoitement, plutôt une légère tendance à la constipation; la pression à la région épigastrique n'est pas douloureuse et ne fait découvrir aucun engorgement appréciable.

Bientôt l'appétit diminue, le malade maigrit, le toucher un peu douloureux, permet d'apprécier l'engorgement de la grosse extrémité de l'estomac.

Vers le mois d'octobre dernier, le malade est affecté d'une ascite contre laquelle on employa les sudorifiques, les diurétiques, les ventouses, les vésicatoires; plusieurs ponctions furent pratiquées et donnèrent chaque fois huit à dix litres d'une eau roussâtre albumineuse, n'offrant rien de particulier.

Le malade succomba le 27 décembre, dans le marasme le plus complet; après deux années de maladie, et deux ans après sa péritonite aiguë.

Autopsie. Les extrémités inférieures sont infiltrées; il s'écoule à l'ouverture de l'abdomen, trois ou quatre litres d'un liquide semblable au liquide extrait par la ponction.

L'épiploon qui s'étend sur tous les viscères, jusqu'au pubis, et d'une fosse iliaque à l'autre, est d'un blanc mat, recouvert d'une humidité visqueuse, transformé en une masse évidemment de nature carcinomateuse, offrant les caractères anatomiques suivants.

Dans beaucoup d'endroits, et surtout vers son centre, l'épiploon a une épaisseur de trois centimètres environ, il est formé d'une sorte de granulations dont les unes rapprochées et réunies en forme de grappes, ont contracté des adhérences entre elles de manière à constituer des masses plus ou moins volumineuses, et dont les autres, ayant le volume de lentilles, sont disséminées entre les masses que nous venons d'indiquer; toutes ces granulations reposent sur l'épiploon représenté par un large plan induré, blanc; demi-transparent, d'une pesanteur considérable; quand on l'incise en divers sens, on voit qu'il ne laisse suinter aucun liquide, mais en promenant sur cette section le tranchant d'un bistouri on enlève une matière demi-liquide, demi-transparente, c'est évidemment du suc cancéreux; pressé entre les doigts, l'épiploon glisse sans se déchirer; on ne saurait mieux le comparer pour l'aspect qu'à la chair du limaçon.

La tunique externe de l'estomac est intacte, seulement on y remarque quelques rares granulations analogues à celles de l'épiploon, sa tunique musculieuse, et surtout la muqueuse sont converties en une masse semblable à la dégénérescence de l'épiploon ; pris en masse, cet organe est considérablement rétréci ; dans tous les sens, il forme une cavité régulièrement arrondie, pouvant au plus admettre le poing ; le pylore a triplé d'épaisseur sans que son diamètre soit rétréci. La partie supérieure du duodénum a subi la même altération ; le reste de l'intestin est à l'état sain : nous ferons seulement remarquer que le colon transverse qui a conservé toutes ses propriétés anatomiques, est considérablement rétréci, il a à peine le volume de l'intestin grêle ; cette diminution est due probablement à la compression exercée par l'épiploon. La rate, les reins ne présentent aucune altération ; le pancréas est en grande partie dégénéré ; il a contracté des adhérences intimes avec le colon transverse, l'estomac et l'épiploon.

Le foie est à l'état sain : seulement son volume a diminué des deux tiers ; dans le sillon creusé pour la veine ombilicale, on trouve une tumeur du volume d'une noisette n'adhérant que très-faiblement au ligament suspenseur ; cette tumeur est exactement de même aspect et de même nature que la dégénérescence de l'épiploon : M. Dupertuis ne relate pas cette tumeur du foie ; il est probable qu'elle n'a pas fixé son attention.

Cà et là, sur la partie pariétale du péritoine, et surtout sur la portion diaphragmatique, se trouvent des plaques assez étendues de granulations cancéreuses ; le mésentère présente dans toute son étendue des granulations de même nature.

Chute complète de l'utérus; calculs vésicaux; cystotomie uréthro-vaginale.

Observation recueillie par M. FERRA.

Le 6 mars 1842, Marie Leroy, âgée de 51 ans, est couchée au n° 3 de la salle St-Jean, service de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu.

Cette femme, d'une forte constitution, n'a jamais fait de maladies graves; réglée dès l'âge de 13 ans, il n'y a que 2 ans qu'elle a cessé de l'être. Elle a eu un enfant à 19 ans; son accouchement fut naturel, et cependant c'est de cette époque que date la maladie qu'elle présente aujourd'hui. La matrice avait éprouvé un léger abaissement qui augmenta graduellement sans que la malade y fit aucune attention. Au bout de 10 ans, la matrice était descendue au point de faire saillie à l'ouverture de la vulve. C'est alors que la tumeur formée par l'utérus commença à faire hernie au dehors, augmenta rapidement de volume, et s'accompagna de quelques accidents, tels que difficulté dans la marche, incontinence complète d'urine, douleurs vives dans la tumeur, mais surtout dans le bas-ventre. Malgré ces accidents, qui existent depuis 20 ans, la malade ne s'est jamais occupée de sa maladie, n'a consulté personne, et aujourd'hui encore, c'était pour une maladie de poitrine qu'elle entraît à l'hôpital.

Etat actuel. La malade porte entre les cuisses une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, tumeur embrassée supérieurement par les grandes lèvres, arrondie inférieurement et présentant dans ce point une ouverture transversale que l'on reconnaît facilement pour l'orifice du museau de tanche; l'enveloppe de cette tumeur est formée par le vagin retourné en doigt de gant et dont la muqueuse offre l'aspect épidermique. Rénitente dans sa partie inférieure, cette tumeur est fluctuante à sa partie supérieure où elle présente entre deux replis cutanés, vestiges des pe-

tites lèvres, l'orifice de l'urèthre par lequel s'écoule un liquide séro-purulent d'une horrible fétidité. Un stylet introduit par l'urèthre ne peut pénétrer à plus d'un pouce environ, et se trouve arrêté par un corps dur ; ce cathétérisme, plusieurs fois renouvelé, fait reconnaître la présence de plusieurs calculs contenus dans la vessie qui a été entraînée dans le déplacement de l'utérus, et c'est elle qui, située à la partie supérieure et antérieure de la tumeur, donne dans ce point la sensation de fluctuation. En pressant légèrement la partie postérieure et supérieure de cette tumeur, on produit un bruit de gargouillement qui dénote la présence d'anses intestinales engagées dans le cul de sac que forme le vagin renversé. L'urine, purulente, d'une odeur extrêmement fétide, s'écoule goutte à goutte et par regorgement ; les douleurs vives que ressent la malade sont toutes rapportées à la partie supérieure de la tumeur, c'est-à-dire, à la vessie remplie de calculs.

L'état général de la malade est assez grave ; la peau est légèrement jaunâtre ; les pommettes sont colorées ; langue sèche ; anorexie ; toux légère ; point de douleurs dans la poitrine ; crachats légèrement rouillés ; dyspnée. Au niveau de la partie inférieure du poumon gauche et en arrière, matité presque complète ; un peu de râle crépitant et de souffle tubaire.

Les bruits du cœur sont faibles et accompagnés d'un léger bruit de frottement systolique à l'origine de l'aorte ; le pouls est misérable, presque imperceptible ; les extrémités sont un peu froides.

Application d'un large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine.

La maladie reste stationnaire ; l'état général de la malade paraît plus satisfaisant. Tous ces accidents du côté de la poitrine paraissent à M. Blandin reconnaître pour cause la présence de la tumeur. En effet, cette femme ne peut se coucher autrement que sur le dos, et les symptômes du

côté des poumons paraissent dus à une légère hypostase de cet organe; la vessie vivement enflammée, remplie de calculs peut causer la fièvre et les différents phénomènes de réaction. Il est donc indispensable de débarrasser cette femme des calculs que contient sa vessie; peut-être même sera-t-il possible de faire rentrer cette tumeur dont la réduction est rendue impossible par le volume des calculs. L'opération à pratiquer pour cystotomie est au reste fort simple, et M. Blandin l'exécute ainsi, le 9 mars 1842 : il introduit dans l'urèthre une sonde canelée, la fait pénétrer dans la vessie de haut en bas; conduisant alors un bistouri droit sur la sonde, il incise du haut en bas la vessie et la paroi supérieure du vagin qui forme l'enveloppe, dans la longueur de trois centimètres environ. Une quantité considérable de pus s'écoule de la vessie. Introduisant alors de larges tenettes, M. Blandin retire une masse énorme de calculs mous et blanchâtres qui remplissaient la vessie tout entière : au milieu de cette masse comme plâtreuse se trouvent quelques calculs à facettes et du volume d'une petite noix. Toute la masse pierreuse paraissait formée de phosphate de chaux et remplissait presque une palette à saignée. Après l'extraction des calculs, plusieurs injections sont faites dans la vessie.

La malade a fort bien supporté l'opération et n'a que peu souffert.

Le 10. La malade a bien dormi toute la nuit; elle ne ressent aucune douleur dans la tumeur qui a diminué de volume.

Le 12. Elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre, partant de la tumeur et se continuant dans les ligaments larges; la pression augmente les douleurs; le pouls est peu fréquent, mais très-faible. Cataplasmes sur le ventre.

Le 13. La tumeur a augmenté de volume, est devenue douloureuse. Les douleurs du ventre se sont étendues et ont augmenté d'intensité. Au niveau de l'hypochondre droit

et à la partie inférieure de la poitrine du même côté, existe une matite complète, due certainement à un épanchement pleurétique; le foie, refoulé, déborde les fausses côtes. (Application d'un large vésicatoire sur le thorax.)

Le 14. Prostration générale; fièvre accompagnée de frisson; facies abattu; face terreuse. La plaie de la vessie ne laisse plus couler que quelques gouttes de pus. Nausées et vomissements.

La mort arriva dans la nuit.

Autopsie, 14 heures après la mort. — Raideur cadavérique très-prononcée.

THORAX. Les *deux plèvres* sont distendues par une quantité assez considérable de sérosité trouble. La surface des poumons vers les lobes inférieures est recouverte d'une couche pseudo-membraneuse de nouvelle formation et peu adhérente.

Tout le bord postérieur du *poumon gauche*, est le siège d'une légère hypostase; le lobe inférieur offre à sa surface plusieurs bosselures, durs, qui, divisés, ont présenté l'apparence d'un tubercule noirâtre formé par une extravasation de sang veineux, premier degré de la formation d'abcès métastatiques.

Le *poumon droit* offrait les mêmes altérations; quelques-uns de ces tubercules noirâtres étaient déjà suppurés. Ce poumon offrait en outre à sa superficie un grand nombre de traînées jaunâtres, circonscrivant des espaces lozangiques, et occupant manifestement les espaces interlobulaires; la dissection a fait reconnaître que ces traînées étaient des vaisseaux contenant du pus, et d'après leur position, on ne peut guère douter que ces vaisseaux ne fussent les lymphatiques superficiels du poumon remplis de matière purulente. M. Blandin a déjà remarqué cette altération dans des cas d'infection purulente.

Cœur. Hypertrophie considérable du ventricule gauche; strécissement de l'orifice aortique.

ABDOMEN. Épanchement de matière séro-purulente entre les circonvolutions intestinales. Légère rougeur du péritoine.

La *Rate* n'est point gonflée, mais elle offre à sa surface une bosselure noirâtre fournie par un épanchement de sang veineux.

Le *Foie* est considérable, saillant sur le bord des fausses côtes. Il est le siège d'une forte congestion, et présente, comme les poumons et la rate, des épanchements de sang veineux.

Examen des parties contenues dans la tumeur.

Dans le cul de sac formé par le vagin retourné et derrière l'utérus, sont descendues plusieurs anses intestinales, mais qui n'ont contracté aucune adhérence, leur surface externe est d'un rouge assez vif.

En glissant la main à la place qu'occupait les anses intestinales, on sent à la partie antérieure et inférieurement la matrice qui a complètement abandonné le petit bassin ; les annexes de l'utérus ont cependant conservé à peu près leur place normale.

En avant encore, mais au-dessus de l'utérus, se trouve la vessie qui a éprouvé un mouvement de bascule ; sa partie la plus supérieure seule n'est pas entièrement comprise dans la tumeur ; elle a dû être retenue par l'ouraque.

Le péritoine que tapisse cette vaste excavation est rouge et offre les traces d'une vive inflammation.

La tumeur vue à l'extérieur présente les mêmes caractères que nous avons décrits ; la surface seulement est ridée. L'intérieur de la vessie contient une petite quantité de pus ; sa capacité est moindre que dans l'état ordinaire ; la muqueuse est rouge et racornie.

Extrait du rapport de M. L. GOSSELIN sur l'observation précédente.

Nous avons affaire ici à un de ces faits curieux qu'il a

été donné à un petit nombre d'observateurs de rencontrer, et qu'il faut néanmoins avoir toujours présents à l'esprit, parce que des faits semblables peuvent se présenter encore. Tous les auteurs décrivent bien la procidence de l'utérus, mais beaucoup ont gardé le silence sur cette complication possible, la formation de calculs dans la vessie déplacée ; deux faits de ce genre seulement sont consignés dans les annales de la science : l'un appartient à Ruysch, l'autre à Tolet, l'un des premiers lithotomistes du dernier siècle. Le cas rapporté par Ruysch (*Obs. anat. chirurg. I*) est remarquable par son analogie avec celui qui nous occupe : la femme avait 80 ans ; elle avait depuis plus de vingt années une chute complète de la matrice, et elle finit par éprouver, comme la malade de M. Blandin, des douleurs et une incontinence d'urine qui l'obligèrent à se confier aux soins de l'illustre chirurgien hollandais ; celui-ci, n'ayant jamais observé ni entendu raconter de fait semblable, crut que des pierres étaient contenues dans la matrice ; il incisa sur la tumeur, retira 42 calculs, et s'aperçut qu'il avait ouvert, non pas la matrice, mais bien la vessie. La malade a guéri sans accident ; Tolet (*De la lithot. ch. 25*) fait la même opération dans des circonstances à peu près analogues : il a retiré cinq pierres, a remis immédiatement la matrice en place, et la guérison a eu lieu dans l'espace de huit jours. On trouve bien encore dans le XI^e volume de l'ancien journal de Médecine une observation empruntée à Gaubius, dans laquelle une fille de 27 ans, qui avait depuis plusieurs années un prolapsus de la matrice, rendit spontanément et à plusieurs reprises des calculs qui sortaient de la tumeur. Les détails de ce fait sont insuffisants ; l'auteur le donne comme un exemple de pierres de la matrice, mais il n'y a pas à douter qu'il s'agissait de calculs vésicaux, comme dans les cas précédents.

Voilà donc surtout trois faits : celui de Ruysch, celui de Tolet et celui que nous a communiqué M. Ferra, qui pour-

ront servir à compléter l'histoire des chutes de la matrice. Ils nous montrent d'abord qu'il y a imprudence à laisser non réduit un prolapsus utérin, parce que, sans compter les autres inconvénients, on peut craindre la formation des calculs, et cette conséquence possible donne raison aux chirurgiens qui ont proposé de tenter toujours la réduction de la tumeur, quelle que fût son ancienneté.

La production des calculs d'ailleurs est facile à comprendre en pareil cas ; toutes les fois que la vessie se déplace, qu'il peut en résulter une gêne pour l'émission de l'urine, ce liquide séjourne donc : or, nous savons que ce séjour est une condition qui favorise les dépôts calculeux ; je vous rappellerais au besoin les observations de cystocèles inguinales rapportées par *Verdier*, *Plater*, *L. Bartholin* et autres, dans lesquelles la portion déplacée est devenue le siège d'un ou de plusieurs calculs, et a causé de singulières méprises dans le diagnostic. Quand il y a chute de l'utérus, la production calculeuse est d'autant plus à craindre que la maladie est plus ancienne, parce que la matrice descendant toujours, une portion de plus en plus considérable de la vessie se trouve entraînée avec elle ; remarquez en effet que dans nos trois observations la maladie remontait à une époque éloignée. Vous le voyez, Messieurs, j'attribue la formation des calculs à la gêne qu'apporte aux fonctions de la vessie son déplacement, et ici je suis en désaccord avec *Ruysch* ; cet auteur affirme sans hésiter que chez sa malade les calculs ont existé avant que la vessie fût partie de la tumeur ; leur présence, selon lui, a nécessité des efforts plus grands, plus souvent répétés, pour l'expulsion de l'urine, et ces efforts ont été la cause du déplacement consécutif du réservoir urinaire. Nous ne pouvons admettre cette explication, car l'anatomie nous enseigne que les connexions du vagin et de la vessie sont assez intimes pour que le premier ne puisse se déplacer sans entraîner l'autre, et d'ailleurs on a souvent trouvé la

vessie sans calculs dans la dissection des prolapsus utérins. Nous pensons donc que la production calculeuse est la conséquence du déplacement ; mais nous devons néanmoins tenir compte de l'assertion de Ruysch ; car il est incontestable que les efforts continuels doivent contribuer à l'augmentation de la tumeur.

Il va sans dire que les calculs urinaires, accompagnant le prolapsus utérin, sont aussi fâcheux que dans toute autre circonstance. Les malades de Ruysch et de Tolet nous en fournissent déjà la preuve ; mais celle de M. Ferrà en fournit un exemple plus malheureux ; car l'insuccès de l'opération est dû sans doute au mauvais état de la constitution causé et entretenu par cette affection trop ancienne.

Il y a donc indication d'extraire les calculs et le procédé, applicable là, est le plus simple de tous ceux que comporte l'opération de la taille, puisqu'on agit à découvert et au grand jour. On se propose d'ailleurs deux buts en opérant : d'abord celui de débarrasser les malades d'une affection qui compromet leurs jours, puis celui de rendre possible la réduction de la matrice, à laquelle s'opposent les calculs, par leur nombre et par le volume qu'ils ajoutent à la tumeur. Or, ici une question se présente : faut-il, une fois les calculs enlevés, réduire immédiatement ? ou bien devra-t-on attendre que la plaie soit cicatrisée ; Ruysch garde complètement le silence à cet égard ; il ne dit même pas si sa malade a conservé le déplacement de l'utérus après la guérison de la plaie. Tolet, au contraire, a réduit immédiatement, a maintenu la réduction au moyen d'un appareil agissant à la manière d'un pessaire. Quant à M. Blandin, il se proposait de suivre la même conduite, mais le volume encore trop considérable de la tumeur après l'opération ne lui a plus permis d'y songer ; il l'eût essayé plus tard, si la malade avait guéri. Malgré le beau succès de Rollet, je vois à la réduction immédiate, en l'ad-

mettant comme possible, outre les pressions qu'il faudra exercer pour l'opérer, l'inconvénient de placer dans le vagin des corps étrangers, qui, utiles pour maintenir cette réduction, seront une cause d'inflammation intense, favoriseront peut-être la formation d'une fistule vésico-vaginale, j'aimerais mieux laisser tout au-dessus et ne réduire que plus tard. Cependant je ne dissimule pas que si l'on jugeait à propos de laisser une sonde à demeure dans la vessie, on éprouverait peut-être plus d'obstacles à la placer convenablement que si la matrice était rentrée. Mais c'est à l'expérience seule qu'il appartient de décider complètement ce point de pratique.

Je ne puis abandonner cette observation sans appeler l'attention sur les altérations trouvées dans la poitrine ; on voyait dans chacun des poumons ces ecchymoses qui indiquent le premier degré des abcès métastatiques dans plusieurs points, même des gouttelettes de pus ; la suppuration ancienne de la vessie en a sans doute été le point de départ ; mais de plus il y avait snppuration des vaisseaux lymphatiques superficiels de l'un de ces organes ; au moins cette altération a paru indubitable à M. Blandin, et M. Ferras ne l'a pas mise en doute ; pour moi , je partage aussi cette manière de voir d'après l'examen de la pièce ; mais on peut lui faire une objection à laquelle les détails de l'observation ne nous mettent pas à même de répondre. Ces espaces interlobulaires, où l'on voyait les petits canaux pleins de pus, donnent aussi passage à des veinules ; est-on bien sûr qu'il s'agissait des lymphatiques et non de ces veinules ? a-t-on examiné l'état des ganglions bronchiques, celui du canal thoracique ? Je le répète, l'observation ne le dit pas, en sorte qu'il restera nécessairement des doutes dans l'esprit de ceux qui lisent le fait sans avoir vu les pièces.

Péritonite mortelle, succédant à la rupture d'un kyste enflammé de l'ovaire.

Observation recueillie par M. THIBAUT.

Augustine Béranger, cordonnière, âgée de 24 ans, est entrée, le 4 avril 1842, à l'Hôtel-Dieu, salle St-François, n. 7.

Cette femme, d'une bonne constitution, sans maladies antérieures, fut réglée pour la première fois à l'âge de 15 ans, et depuis cette époque la menstruation s'est toujours faite avec une grande régularité. Mariée à 18 ans, elle eut au bout d'un an un premier enfant; à 20 ans elle en eut un second, et une année plus tard elle accouchait d'un troisième. Le travail n'a rien présenté d'anormal à ces trois époques différentes; à la dernière, cependant la malade prétend avoir été blessé par la sage-femme au moment où celle-ci a retiré le placenta, mais elle ne peut rien dire de précis sur la nature de cette lésion.

Quoi qu'il en soit, dans les premiers temps qui suivirent l'accouchement, elle éprouva dans la région iliaque du côté gauche des douleurs parfois très-aiguës, revenant à des intervalles irréguliers, et quelques mois après elle s'aperçut qu'elle portait à ce niveau une tumeur très-mobile, par moment difficile à sentir à travers les parois abdominales, tumeur qui augmenta insensiblement sans beaucoup l'incommoder.

Devenue, il y a quelques mois, enceinte pour la quatrième fois, Augustine Béranger ne remarqua rien de particulier pendant le cours de sa grossesse. Le 3 avril dernier, elle commença à ressentir à l'hypogastre des douleurs légères, éloignées les unes des autres, et offrant la plus grande ressemblance avec celles qui annoncent un accouchement prochain; celui-ci, en effet, eut lieu le 4 avril à midi, à la suite d'un travail parfaitement régulier; une légère traction suffit pour amener le placenta au dehors. Le reste de la journée se passa très-bien; la nuit fut calme.

Le lendemain, 5 avril, la malade n'éprouva rien de particulier ; les lochies continuèrent à couler abondamment : le mieux persistait encore dans la soirée, lorsque vers 8 heures, c'est-à-dire 30 heures environ après l'accouchement, elle fut prise tout à coup dans l'abdomen de douleurs vives, accompagnées de nausées qui durèrent toute la nuit : trois fois celles-ci furent suivies de vomissements abondants de matières vertes.

Le 6, au moment de la visite, elle présente l'état suivant : face pâle et grippée ; peau sèche et chaude ; l'abdomen, dur, tendu, peu douloureux, lorsqu'on ne le touche point, devient, au contraire, le siège de douleurs très-vives à la pression de la main ; fluctuation peu évidente ; langue sèche et rouge ; soif vive ; pouls petit et fréquent ; la malade n'est pas allée à la selle depuis l'accouchement ; les lochies ne sont point supprimées ; utérus en partie revenu sur lui-même (Mauve, gom., 15 grammes d'huile de ricin, 30 sangsues à l'hypogastre, catapl.).

Le soir la malade est à peu près dans le même état. L'écoulement des lochies persiste ; les sangsues ont fourni beaucoup de sang ; deux selles (60 centigr. de calomel divisés en six paquets à prendre d'heure en heure).

7, un peu d'amélioration ; l'abdomen est un peu moins dur, toujours très-douloureux ; le pouls est encore très-fréquent ; trois selles pendant la nuit (10 gr. d'huile de ricin).

A la visite du soir, la face a une expression un peu plus naturelle, mais les autres symptômes persistent ; les lochies sont arrêtées depuis deux heures (nouvelle application de sangsues ; 10 à l'hypogastre, et 10 de chaque côté, à la partie interne et supérieure des cuisses).

8, même état ; les lochies n'ont point reparu, le ventre est distendu par du liquide ; douleur un peu moins vive ; respiration gênée (30 sangsues, comme hier).

Les deux jours suivants, la douleur disparaît presque complètement ; les forces diminuent de plus en plus ; l'al-

teration de la face augmente (sinapisme, des frictions plusieurs fois répétées sur le ventre avec quatre grammes d'onguent mercuriel chaque fois).

Enfin le 11, c'est-à-dire le septième jour après l'accouchement, la malade succombe.

Autopsie faite 40 heures après la mort. Une incision étant faite aux parois abdominales, on constate dans la cavité péritonéale la présence d'un liquide séreux et limpide, dont la quantité peut être évaluée à près de quatre litres. Dans l'intérieur de ce liquide nagent un grand nombre de petits flocons albumineux, jaunâtres, dont le nombre et le volume sont plus considérables dans les parties déclives de l'abdomen. La partie du péritoine, qui recouvre les intestins, est fortement injectée ; les capillaires forment des arborisations très-nombreuses et très-variées ; en quelques points, la surface de l'intestin grêle présente des fausses membranes isolées, d'un millimètre d'épaisseur. Ces pseudo-membranes sont surtout développées sur la surface convexe du foie, où elles forment dans certains endroits une couche de deux à trois millimètres d'épaisseur.

L'utérus dépasse un peu en hauteur le détroit inférieur du petit bassin dans lequel il plonge presque verticalement ; son volume est à peu près six fois plus considérable que celui qu'il présente ordinairement avant la conception. Incisé par la face antérieure, il offre dans cette partie une épaisseur de trois centimètres ; la surface de la section est d'un blanc-rosé, et laisse apercevoir les orifices des sinus veineux qui rampent dans ses parois ; par ces ouvertures, on voit sortir quelques gouttes d'un sang qui ne paraît offrir aucune trace de pus. La surface interne présente une matière noire pultacée peu abondante.

Les ligaments larges et l'ovaire du côté droit ne présentent aucune altération.

A gauche, au niveau de la fosse iliaque, on aperçoit une tumeur ovoïde dont le grand diamètre, obliquement dirigé

en bas et en dedans, a une longueur de 25 centimètres environ. Cette tumeur, qui offre des saillies irrégulières dues à l'affaissement partiel des parties, est libre et mobile, au milieu du liquide épanché dans le péritoine. Elle n'adhère ni aux intestins, ni à la veine, ni aux parois abdominales; seulement à l'extrémité inférieure de son grand diamètre, on voit un petit pédicule formé aux dépens du ligament de l'ovaire.

Examinée par sa face externe, cette tumeur recouverte par le péritoine, présente des taches jaunes, irrégulièrement disposées, ressemblant à des eschares. On rencontre encore sur cette même face externe deux ouvertures : la première, située à l'extrémité supérieure du grand diamètre, est plus large qu'une pièce de cinq francs, et fait communiquer l'intérieur de l'abdomen avec une cavité dont la capacité peut être comparée à celle d'un verre ordinaire. Cette cavité ne contient qu'une très-petite quantité d'un liquide jaunâtre et comme sirupeux. La face interne est tapissée par une membrane qui offre pour l'aspect quelque analogie avec les muqueuses; elle est rosée dans le point opposé à l'ouverture dont nous venons de parler; près de cette dernière, au contraire, elle est fortement injectée, rouge, et même livide en certains endroits.

La seconde ouverture, qui se rencontre à la surface externe de la tumeur, est située en dehors, à l'union des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur du grand diamètre; elle a la largeur d'une pièce de dix sous, et conduit dans une cavité quatre fois plus grande que la première avec laquelle elle n'a d'ailleurs aucune communication et dont elle offre l'aspect. Seulement, dans certaines parties de la plus grande, on trouve des espèces de cordes très-résistantes, comme fibreuses et disposées très-régulièrement. Elle présente aussi, comme la première, près de son orifice, des traces évidentes d'inflammation; et dans ce point ses parois sont ramollies, excessivement minces et très-fa-

ciles à déchirer, tandis que partout ailleurs elles sont fortes, résistantes, d'une épaisseur de sept à huit millimètres, et formées en grande partie de fibres qui paraissent de nature musculieuse. Dans les parties ramollies, l'altération a bien évidemment marché de dedans en dehors. La cloison qui sépare ces deux cavités a la même structure et la même épaisseur que les autres parois.

Entre la couche musculieuse et le péritoine on trouve un tissu cellulaire infiltré, comme gélatineux, dans l'épaisseur duquel on voit des vaisseaux sanguins, nullement altérés, qui s'entrelacent avec un réseau très considérable de vaisseaux lymphatiques, moniliformes, remplis de pus, dont le volume est égal à celui d'une plume de corbeau.

Examinés avec soin, ces vaisseaux lymphatiques, qui n'existent que du côté interne et antérieur de la tumeur, sont tout à fait indépendants de ceux de l'utérus, et naissent des parois même de la tumeur, à peu de distance de l'ouverture qui existe dans la grande cavité. Après avoir cheminé quelque temps dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la tumeur, ils arrivent au ligament large, se recourbant immédiatement en dehors pour s'accoler aux vaisseaux iliaques, et peuvent être suivis jusqu'au réservoir de Pecquet. C'est dans ce dernier qu'on cesse d'apercevoir du pus; on n'en trouve point non plus dans le canal thoracique.

En arrière de la tumeur que nous venons de décrire, en existent deux autres du volume d'une noisette, remplies d'un liquide séreux : au-dessous d'elles, on trouve dans les parois même de la tumeur des granulations qui paraissent être les restes de l'ovaire dégénéré, dont on ne retrouve ailleurs aucune trace.

Le foie, la rate, les reins, les organes des cavités thoracique et encéphalique n'ont point offert d'abcès métastatiques, non plus qu'aucune autre altération.

De l'examen simultané des lésions cadavériques et des symptômes présentés par la malade, il résulte évidem-

ment qu'Augustine Béranger est morte d'une péritonite amenée par l'épanchement dans l'abdomen du liquide contenu dans un kyste biloculaire de l'ovaire, et que cet épanchement est consécutif à la destruction des parois de ce kyste par une inflammation qui s'est emparée de ces dernières. On pourrait encore ajouter que cette inflammation reconnaît pour cause le travail de l'accouchement. On sait, en effet, qu'après celui-ci il survient fréquemment des ovarites appelées pour cette raison *puerpérales* ; et, comme l'origine de ces kystes (formés le plus souvent aux dépens de l'ovaire), et l'identité des vaisseaux, qui président à la nutrition de l'un et de l'autre, établissent entre eux une connexion très-intime, on peut dire que tout agent capable d'amener une inflammation de l'ovaire, peut en même temps produire celle des parois du kyste ; et, de même qu'on admet des ovarites puerpérales, on peut admettre aussi des *inflammations puerpérales* des kystes de l'ovaire.

Cette terminaison funeste d'une hydropisie enkystée m'a paru assez curieuse pour m'engager à rechercher des cas semblables dans les ouvrages didactiques et dans les recueils périodiques de médecine ; mais je n'ai pas eu le bonheur d'en rencontrer un seul ; cependant ceux que je vais rapporter, ayant avec celui-ci quelque analogie, méritent à ce titre d'en être rapprochés.

1^{er} fait. — *Kyste de l'ovaire adhérent à la paroi abdominale. — Phlegmon de la partie antérieure du bas ventre. — Mort douze jours après l'accouchement.* — Il s'agit d'une dame chez laquelle, sept jours après un heureux accouchement, il survint au bas ventre une rougeur érysipélateuse, très-sensible, étendue depuis le pubis jusqu'à un travers de main au-dessous de l'ombilic, ce qui faisait une grande surface, vu le développement des parois abdominales. Bientôt il se forma une phlyctène aussi considérable que la surface rouge ; elle s'ouvrit et laissa écouler une fluide ichoreux très-âcre. Au-dessous de l'épiderme, on voyait la peau dis-

posée à tomber en gangrène. La malade mourut douze jours après l'accouchement, c'est-à-dire cinq jours après l'invasion des accidents.

A l'autopsie, on trouva une énorme cavité formée par l'ovaire gauche, qui avait contracté des adhérences avec le péritoine uni aux muscles abdominaux, en sorte qu'il n'était point flottant dans la cavité abdominale, mais fixé à sa partie antérieure. Entre le péritoine et les muscles du bas ventre existait une grande quantité de pus qui s'échappa par l'incision faite pour ouvrir l'abdomen. Les autres viscères paraissaient dans l'état naturel (Ch. MAUNOIR, dans *les Mémoires de chirurgie étrangère*, Genève, t. I, 1824.)

Il est probable qu'ici la partie adhérente du kyste s'ulcéra, et que du liquide épanché entre le péritoine et les muscles amena dans cette région un vaste phlegmon diffus.

II^e fait. — Il se trouve dans MIGHELL, *Améric. Journ.*, nov. 1839, reproduit par le docteur G. BLUFF, dans son *Mémoire sur les hydropisies de l'ovaire*, publié à Leipsick, en 1837 : ce mémoire a été traduit dans le tome I^{er} du journal *l'Expérience*, p. 357

Cette observation, qui paraît avoir une très-grande analogie avec celle que nous donnons en commençant, est reproduite dans ce mémoire avec tant de laconisme qu'on doit la regarder comme n'ayant aucune valeur.

III^e fait. — *Kyste de l'utérus chez une femme qui portait un polype fibreux. — Rupture du kyste avec péritonite mortelle en trois jours.* — Une femme d'une quarantaine d'années entre à l'hôpital de la Charité, épuisée par des hémorrhagies utérines continuelles. Au toucher, on trouve l'orifice du col occupé par une petite tumeur fibreuse, ressemblant à l'extrémité d'un polype. Quelque temps après, l'hémorrhagie s'arrête pour reparaitre ensuite plus abondante que précédemment ; le toucher pratiqué de nouveau ne fait plus rien sentir au col de l'utérus ; le polype s'est détaché spontanément et se trouve emprisonné dans un des

caillots que vient de rendre la malade. Deux heures après celle-ci est prise d'une péritonite qui la fait succomber en trois jours.

A l'autopsie, on trouve adhérent au bord supérieur de l'utérus, un kyste volumineux qui s'est vidé dans l'intérieur de l'abdomen, et dont la surface interne est manifestement enflammée, et les parois considérablement amincies surtout au niveau du point qui a donné issue au liquide qui y était renfermé. L'utérus ayant été incisé, on reconnut aisément au fond même de cet organe le point d'implantation du polype.

Ce fait n'a pas été, il est vrai, observé chez une femme enceinte, mais il ne doit point pour cela en avoir moins de valeur, puisque l'état de la matrice, distendue par un corps fibreux, est absolument le même que dans l'état de gestation ; aussi était-il impossible de passer sous silence un fait si curieux, encore inédit, et qui m'a été communiqué verbalement par M. DEMEAUX, aide d'anatomie à la faculté.

L'état d'hyperhémie dans lequel se trouvent les organes génitaux de la femme enceinte n'amène point toujours à sa suite une inflammation ulcéreuse des parois du kyste de l'ovaire. On cite en effet un assez grand nombre d'observations de femmes qui sont devenues plusieurs fois enceintes pendant la durée d'une hydropisie enkystée de l'ovaire ; mais presque toujours la grossesse donne à cette affection un nouvel accroissement qui se manifeste surtout après l'accouchement. Ainsi, dans sa dissertation sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire, M. OLIVIER-MUSNIER cite l'observation d'une femme qui devint enceinte et à laquelle on fut plusieurs fois obligé de pratiquer la ponction pendant sa grossesse. Peu de temps après l'accouchement qui se fit à terme, la maladie fit des progrès rapides, et la quantité de liquide devint si considérable que dans les deux dernières ponctions on en retira 30 à 35 pintes. Qua-

tre mois après ses couches, elle expira dans le dernier degré de marasme (*Thèses de Paris*, 1820, n. 41).

Ch. Maunoir, dans le fait cité plus haut, pratiqua sept fois la paracentèse pendant le cours de la grossesse.

Nécrose de la clavicule, passage du pus dans le médiastin antérieur; nécrose et perforation des os du crâne. Tumeur tuberculeuse de la dure mère. Tubercules pulmonaires ramollis.

Observation recueillie par M. A. DELPECH interne des hôpitaux.

Baron, Renée, âgée de 74 ans, demeurant à Paris, rue Neuve-St-Médard, n° 13, est entrée le 6 février 1842, au n° 17 de la salle St-Jean, à l'hôpital de la Pitié, (service de M. Lenoir.)

Constitution altérée, face pâle, faiblesse générale, maigreur.

Elle a eu les maladies de l'enfance, mais elle a d'ailleurs été, dit-elle, d'une bonne santé habituelle. Elle affirme n'avoir jamais eu de maladie syphilitique, mais, elle parle d'écoulements dont la nature n'est pas suffisamment établie.

Quoi qu'il en soit, elle porte, depuis plus de 4 ans, au-devant de l'articulation sterno-claviculaire du côté droit, une tumeur dure du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur s'est développée peu à peu, sans déterminer de vives souffrances, mais en occasionnant cependant des douleurs qui étaient un peu plus intenses la nuit que le jour. Pendant 4 ans cette tumeur ne fit aucun progrès. Elle n'empêchait en rien les mouvements du bras, et les plus étendus n'y déterminaient aucune sensibilité, à ce point que la malade ne s'en occupait même pas.

Il y a trois mois, environ, qu'une tumeur nouvelle commença à se former au-devant de l'ancienne.

Elle acquit peu à peu un volume qui égalait presque ce-

lui d'un œuf de poule, sans que pour cela, les douleurs fussent bien notablement augmentées. La peau qui la recouvrait devint rouge, bleuâtre, mais, depuis quelque temps, elle est dans cet état sans que la tumeur paraisse néanmoins avoir des dispositions à s'ouvrir au dehors.

6 février. Il existe au-devant de l'articulation sterno-claviculaire, une tumeur assez volumineuse et de forme sphérique. La peau qui la recouvre est amincie dans toute son étendue, violacée et couverte d'un réseau veineux très-développé. La fluctuation y est manifeste; cette tumeur repose sur des parties molles, épaissies, indurées, adhérentes à l'extrémité interne de la clavicule.

On ouvre largement la tumeur fluctuante; il en sort une assez grande quantité de pus séreux mêlé de stries de sang.

Porté par cette ouverture, le stylet arrive sur des portions d'os meurtris dans une assez grande étendue. La peau décollée, amincie, s'affaisse dans le foyer, et ne paraît pas d'une grande vitalité. Cataplasme émollient.

8 février. La suppuration abondante, liquide, entraîne avec elle des lambeaux de tissu cellulaire. Les bords de la plaie sont flasques, flottants et ne paraissent avoir aucune tendance à se recoller au fond du foyer. Frictions mercurielles sur la peau environnante. Cataplasmes émollients.

10 février. L'ouverture du foyer reste toujours béante: Les bords plus flasques encore se recourbent en dedans. La plaie est entourée d'une auréole d'un rouge pâle. Le fond en est grisâtre; des lambeaux de tissu cellulaire mortifié s'en détachent et sont entraînés par la suppuration.

13 février. L'état général est peu satisfaisant, la malade s'affaiblit; elle se soulève avec quelque difficulté pour qu'on puisse la panser; la langue est sèche, fendillée, rouge à sa pointe, le pouls petit. La plaie s'est élargie, les angles se sont émoussés, elle est devenue ovale, les bords se mortifient. Leur coloration est d'un rouge sale.

15 février. Même état, le décubitus dorsal constitue le déterminé dans la peau du sacrum de vives douleurs. Elle est bleuâtre et menace de s'ulcérer.

17 février. L'agrandissement de la plaie du thorax continue par la mortification de ses bords. L'odeur du pus est infecte et gangréneuse.

19 février. L'affaiblissement de la malade est rapide. Elle ne peut plus se soulever sans aide. La tête est renversée en arrière, le décubitus dorsal. La sensibilité et le mouvement sont conservés dans les membres, mais il y a incontinence des urines et des matières fécales.

21 février. On aperçoit au fond de la plaie le grand pectoral à nu. Le pus qui stagnait un peu en dehors ou au-devant de l'ouverture primitive, y a détruit la peau dans une étendue circulaire égale à celle d'une pièce de 2 francs. Les deux plaies sont séparées par un pont formé par la peau amincie, et décollée. La peau s'est détruite au sacrum dans une assez grande étendue.

23 février. Les deux ouvertures se sont réunies par la mortification du lambeau qui les séparait. On lave avec la décoction de quinquina et on panse avec de la charpie qui en est imbibée, la plaie considérable qui en résulte et qui paraît devoir s'étendre encore. On donne à l'intérieur le quinquina vineux et 125 grammes de vin de Bagnols.

25 février. L'eschare du sacrum s'est agrandie ainsi que la plaie du thorax. La tête est renversée en arrière. Le sentiment et le mouvement sont conservés dans tout le corps. La malade s'agite continuellement dans son lit. Le moindre contact détermine de la douleur.

26 février. Râle trachéal, pouls petit, très-fréquent, irrégulier. Toute la peau est sensible: la malade met à chaque instant ses bras hors du lit et remue ses jambes en tous sens. Elle répond encore aux questions lorsqu'on la presse pour le faire.

La tête est toujours renversée en arrière. Elle meurt à 11 heures du soir.

Autopsie cadavérique, 34 heures après la mort.

Le grand pectoral est dénudé ; tant autour de la plaie, dans l'étendue de quelques lignes, la peau est décollée, peu résistante, se réduit en détritüs à la moindre pression. En haut et en dedans, on pénètre dans un trajet qui se porte vers l'insertion sternale du sterno-mastoldien. Le sternum étant enlevé, on suit facilement le cours du pus, jusque vers le médiastin antérieur, dont la moitié supérieure est remplie d'une grande quantité de pus grisâtre et fétide. Ce foyer ne communique pas avec la cavité des plèvres.

L'articulation sterno-claviculaire est ouverte en avant, où elle reste attachée au sternum par le ligament inter-claviculaire dont les fibres sont disséquées par le pus.

Les parties de la capsule qui sont conservées sont épaissies, cartilagineuses. Le cartilage inter-articulaire est détruit. Le cartilage d'encroûtement du sternum a disparu, et la surface articulaire de l'os est mise à nu. Il en est de même de celle de la clavicule.

La clavicule est sciée dans sa longueur ; on voit alors qu'antérieurement, dans le point où on sentait l'os à nud, existe une nécrose sphérique de quelques lignes de diamètre. L'os nécrosé est blanc, les cellules y sont plus développées qu'à l'état normal (résorption du tissu osseux), et il est déjà séparé de l'os sain par une membrane blanchâtre encore peu organisée (membrane pyogénique). Dans les parties voisines, et surtout en arrière, il semble y avoir épaississement (hypertrophie-interstitielle) des lamelles de la substance spongieuse. Les cellules plus petites dans ce point sont remplies d'une matière de couleur gris noirâtre, tandis qu'un peu plus loin, elles semblent infiltrées d'une matière transparente analogue à la gélatine. Le périoste est fortement épaissi autour de la partie malade : il est dur et comme transformé en cartilage.

Cavité thoracique. Le cœur est sain. Les 2 séjillets des

plèvres ont contracté dans toute leur étendue des adhérences si intimes qu'il est impossible de les détruire. On est obligé de couper, en rasant les côtes d'aussi près que possible, le tissu pulmonaire pour extraire les poumons.

Le sommet du poumon gauche offre un grand nombre de tubercules, dont plusieurs en cours de ramollissement, et des cavernes.

Cavité abdominale. Le foie est pâle et friable. Les autres organes sont sains.

Cavité encéphalique. Le cuir chevelu étant enlevé, on rencontre, au devant du pariétal gauche, en arrière, à un pouce environ de la ligne médiane et à une égale distance de sa suture avec l'occipital un abcès qui contient environ une cuillerée de pus. Il repose sur une portion osseuse nécrosée dans une étendue de quelques lignes.

On enlève la calotte du crâne, elle est plus épaisse que d'ordinaire, fortement adhérente à la dure-mère dont elle ne se sépare qu'avec difficulté. On s'aperçoit qu'en arrière, dans un point correspondant à l'abcès et à la nécrose extérieure, on ne lui fait abandonner cette membrane qu'en produisant des déchirures dans un tissu de nouvelle formation placé au-dessous des os et qui a contracté avec eux de profondes adhérences. Ces déchirures donnent issue à une assez grande quantité de pus très-épais, crémeux, d'un blanc jaunâtre et filant. Ce pus occupe principalement le centre d'une masse de matière de même couleur, en partie ramollie, adhérente aux os d'un côté, et de l'autre aux parties profondes. Cette masse granuleuse mamelonnée est revêtue d'une membrane peu épaisse et qu'on ne peut isoler. Elle forme, à la surface des os, une couche de quelques lignes d'épaisseur molle se déchirant et s'enlevant avec facilité. La face interne des os est érodée dans toute l'étendue qui correspond aux adhérences de la tumeur, c'est-à-dire dans un diamètre de 2 pouces 1/2 au moins. Détruite dans toute son étendue, la table interne

présente dans le point où finit la lésion un renflement, un renversement de ses bords vers la cavité encéphalique. Sur quelques points de la surface de la tumeur on trouve de petites portions d'os libres. Elles sont-très-minces, lamelleuses, compactes, circulaires, et appartiennent évidemment à la table interne détruite.

Le diploé mis à nu est altéré. Les parois des cellules sont gonflées, épaissies et plus friables, plus molles qu'à l'état sain. Leur couleur est d'un blanc qui se rapproche beaucoup de celui des parties avec lesquelles elles étaient en contact. Au centre de cet espace, on voit un point où les cellules sont plus écartées, par lequel s'échappe facilement au dehors, de l'eau introduite dans la calotte osseuse. Cette lésion correspond à la nécrose extérieure, et c'est par les cellules élargies, en partie resorbées de la nécrose, que le pus, formé dans l'intérieur du crâne s'était échappé au dehors. Cette dernière lésion est étendue de quelques lignes, on peut faire remuer le disque osseux mortifié mais il n'est pas encore séparé complètement des parties saines.

La plus grande partie de la tumeur, restée adhérente à la dure-mère, paraît étalée sur elle à la manière du chapeau d'un champignon qui aurait contracté avec la membrane des adhérences après s'être renversé sur elle. En effet elle fait saillie à la surface, et les bords peuvent en être décollés assez loin de la circonférence, vers le centre, la membrane restant intacte au-dessous. Mais on arrive bientôt à des points où la dure-mère elle-même est farcie dans son épaisseur de granulations qui proéminent à sa surface externe et à sa surface interne. Ces granulations sont constituées par un tissu dense et d'une couleur blanche bien tranchée; plus loin encore les adhérences deviennent intimes, et on ne peut plus isoler la tumeur. D'ailleurs, cette partie présente les mêmes caractères que celle qui était restée adhérente aux os. La périphérie en est granuleuse et assez

résistante ; le centre est creusé par une cavité assez considérable, pleine de pus analogue à celui dont j'ai parlé.

La face viscérale de la dure-mère a contracté, tout autour et à une certaine distance de la tumeur, d'assez fortes adhérences. Dans le point le plus central de la dégénérescence elles sont si intimes qu'il est impossible de l'isoler sans enlever en même temps une petite partie de la substance cérébrale, qui dans ce point est plus dure qu'à l'état normal. La pie-mère se perd sur les circonvolutions voisines. Elle semble avoir disparu sous l'action compressive de la tumeur. Le tissu cellulaire dur, épaissi, lardacé, qui constitue les adhérences, semble infiltré de la matière dont elle est formée.

La dure-mère rugueuse, épaissie, se continue partout au-dessous d'elle. Le tissu de nouvelle formation est donc tout à fait extérieur à la substance de l'encéphale et situé entre les os et la dure-mère par laquelle il a évidemment commencé.

Après l'enlèvement de cette membrane, on voit que le cerveau présente un enfoncement considérable en forme de cupule. Les circonvolutions étant déprimées, élargies et les anfractuosités presque complètement effacées, la substance grise semble avoir été en partie résorbée. Elle diffère peu de la substance blanche sous-jacente.

L'arachnoïde viscérale est soulevée par une assez grande quantité de sérosité qui occupe les anfractuosités. La substance grise est décolorée et comme lavée. L'espace sous-arachnoïdien contient deux bonnes cuillerées de sérosité transparente.

Les ventricules latéraux contiennent un peu de sérosité.

La substance cérébrale est saine dans l'étendue de l'organe.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVII. ANNÉE.

BULLETIN N° 6 (Août 1842).

RÉDIGÉ

Par MM. CONTOUR, CRUVEILHIER, DEBROU, DEMAUX,
DURAND-FARDEL, GAUBRIC, GOSSELIN, LIVOIS, PIGNE,
RENDU et A. TARDIEU, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la société:*
(1° Polype du cœur. — Tissu dartroïque autour du collet des sacs
herniaires. — 3° Sac herniaire double. — 4° Rétrécissement de
l'intestin. — 5° Pemphigus des nouveau-nés. — 6° Phlegmon de
l'estomac. — 7° Déchirure des viscères.)
B. — *Asphyxie par hypertrophie du corps thyroïde.*
C. — *Cyanose cardiaque.*
D. — *Plaie, par arme à feu, du grand trochanter (Observation
et rapport).*

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. CRUVEILHIER.

M. *Depuisaye* rapporte le fait suivant : un jeune homme de
dix-neuf ans, malade depuis l'âge de huit ans, mais surtout depuis
deux ans, présentait de la matité à la région précordiale dans l'é-
tendue d'un décimètre et demi carré. Le deuxième bruit était
clair et net, le premier accompagné d'un bruit de soufflet dont le
maximum existait à la pointe du cœur et qui diminuait vers la
base. Le pouls était irrégulier et petit sans fréquence. Il mourut
asphyxié. A l'autopsie on trouva le cœur dilaté. — Dans *Forcettelle*

~~gauche une masse polypeuse à plusieurs branches, adhérente à la~~
 membrane interne qui est tordue sur elle-même, épaissie, et forme
 un pédicule qui envoie des prolongements séro-fibreux entre cha-
 que bras du polype. Cette production, évidemment très-ancienne,
 rendait impossible le jeu de la valvule mitrale. Il y avait des tu-
 bercules au sommet du poulmon gauche. Pas d'apoplexie pulmo-
 naire, mais seulement de l'engouement.

2° M. Demeaux montre un nouveau résultat de ses recherches
 sur les hernies. Il a voulu voir comment se comporte le tissa qui
 est en rapport avec le sac? — Or, au niveau du collet, le tissu adi-
 peux disparaît et le tissu cellulaire devient dartoïque. Jusqu'à
 présent, ne l'ayant trouvé que dans des cas de hernies opérées, on
 avait pu attribuer la transformation à l'inflammation, suite de
 l'opération. Dans le cas présent, où il n'y avait pas eu d'étranglé-
 ment, on voit des fibres vasculaires qui convergent vers le collet
 du sac et prennent le caractère musculaire. — On trouve aussi sur
 une autre portion du péritoine correspondant à un sac des fibres
 musculaires.

M. Desprez dit qu'ayant été chargé de faire un rapport, qu'il n'a
 pu lire à la Société sur une observation de M. Lhommeau, il a
 cherché quelles sont les causes de l'étranglement. D'après ses ob-
 servations, on trouve d'abord un épaississement du collet du sac ;
 et cet épaississement porte sur des fibres qui partent de l'an-
 neau, s'épanouissent sur le cordon, passent derrière la vessie, en-
 veloppent les vésicules séminales, et vont jusqu'à la prostate. Ces
 fibres constituent un appareil éjaculateur qui se continue avec le
 dartos; il existe également chez la femme, et va se répandre sur
 l'utérus. — L'influence du froid sur ce tissu, de nature dartoïque,
 détermine des contractions qui peuvent rendre compte de certaines
 coliques survenues dans les intestins herniés, et même de l'étran-
 glement. Ces faits ont été vus par Thompson en même temps que
 par M. Desprez. Il ajoute que peut-être il y a quelques diffé-
 rences entre le tissu musculaire et les fibres vasculaires montrées
 par M. Demeaux.

M. Gosselin fait remarquer, qu'il importe de s'entendre sur la
 nature de ce tissu. Car, si c'étaient des fibres musculaires, cela
 démentirait l'opinion des auteurs qui pensent que le tissu muscu-
 laire ne peut se former de toutes pièces dans l'organisation, il le dé-
 montre par

M. Desprez dit que le tissu dartroïque est le premier élément du tissu musculaire non volontaire et susceptible de devenir musculaire. Cette opinion est aussi celle de M. Fatahenet.

3° M. Demecaux montre encore un cas de *sac herniaire double*. Du côté du ventre il y a une seule ouverture en dehors de l'artère épigastrique. En portant le doigt dans le canal on sent une bête de chaque côté de laquelle on peut pénétrer dans deux sacs distincts, l'un antérieur et l'autre postérieur; le collet est très-lâche d'un côté et très-fortement organisé de l'autre. L'étranglement est ainsi pu se faire pour une seule des hernies. C'est ce qui est arrivé dans un cas que le docteur Adams a communiqué à M. Demecaux. On ouvrit les deux sacs : l'un contenait de l'épiploon, l'autre une anse intestinale qui fut réduite quand on eut débarrassé. Pour faire rentrer l'épiploon on l'engagea dans l'ouverture du sac voisin, en lui faisant contourner l'épiploon.

4° M. Guignard rapporte le fait suivant. Une femme fut opérée, il y a trois mois et demi, d'une hernie étranglée. L'intestin a été réduit en entier; cependant les accidents n'ont pas cessé. De temps en temps ils se renouvelaient. Enfin la malade rentra il y a peu de jours dans le service de M. Bricheau, atteinte d'une péritonite suraiguë, à laquelle elle succomba. A l'autopsie, on trouva dans l'intestin grêle, vers le tiers inférieur, un rétrécissement considérable qui n'est formé ni par un squirrhe ni par une cicatrice. Au dessus du point rétréci, on trouve l'intestin dilaté et formant une sorte d'infundibulum au fond duquel on voit une destruction de la muqueuse, une ulcération par laquelle s'est, probablement faite une perforation qu'il est extrêmement difficile de retrouver.

5° M. Depaul appelle de nouveau l'attention de la Société sur un fait qu'il lui a déjà signalé plusieurs fois, la *nature syphilitique* du pemphigus des nouveau-nés. Dans le cas présent, contrairement à ce qu'il avait vu précédemment, il n'a pu remonter à des antécédents semblables chez le père ni chez la mère. M. Roulland fait remarquer que le pemphigus chez l'adulte est très-rarement syphilitique.

6° M. Maunoury présente l'estomac d'une femme accouchée à la Maternité il y a quinze jours. Elle quitta la maison d'accouchement au bout de quatre jours, et rentra chez elle assez mal portante. Bientôt elle fut amenée à l'hôpital Cochin, atteinte d'une péritonite

et d'une pneumonie double à laquelle elle succomba. L'autopsie montra une péritonite et une péricardite purulentes, et une pneumonie au deuxième degré. De plus l'estomac présente une *infiltration purulente* générale du tissu sous-muqueux. (La malade avait pris seulement 0,50 de tartre stibié). Il n'y avait pas de vomissements : seulement un peu de diarrhée, absolument aucun symptôme du côté de l'estomac.

M. Guérard rappelle que, dans un cas d'altération semblable, présenté par M. Mazet, il y avait eu des douleurs atroces, telles que le malade se donna la mort pour y échapper. Il n'y avait là aucune péritonite.

M. Depaul fait remarquer que, dans le fait présent, les choses sont toutes différentes : il s'agit d'une fièvre puerpérale purulente, et l'on sait que, dans ces maladies, il n'y pas d'organe où l'on ne trouve de pus. L'estomac en offre ici comme les autres, et l'absence de symptômes est elle-même un caractère de ces dépôts purulents qui sont sous l'influence d'une infection générale.

7° M. Bourdon rapporte le fait suivant : Un jeune garçon boucher reçut d'un bœuf qu'il voulait abattre un *coup de corne* dans le ventre. On lui mit immédiatement vingt-cinq sangsues ; mais les accidents ayant augmenté, on le conduisit à l'Hôtel-Dieu. Il présentait tous les signes d'une péritonite suraiguë que l'on s'efforça en vain d'arrêter par le traitement le plus énergique. Le malade succomba quarante-huit heures après l'accident. Les parois abdominales n'offraient ni plaie ni ecchymose ; aucune trace de contusion. On n'en trouvait pas non plus dans leur épaisseur. Après avoir ouvert le péritoine, on vit s'écouler une sérosité purulente ; le tissu cellulaire sous-péritonéal était le siège d'une violente inflammation. Des fausses membranes, épaisses, unissaient l'épiploon aux parois du ventre et au point de l'intestin correspondant à la blessure. En détachant ces adhérences on trouva une déchirure circulaire, béante à bords nets, de l'intestin grêle, dans une partie assez élevée et qui avait donné passage aux matières fécales. Autour de cette perforation on voyait une grande quantité de fausses membranes. Malgré l'étendue des désordres extérieurs on remarque l'absence de toute lésion extérieure.

M. Gosselin fait observer que si cette circonstance est frappante elle n'est pas du moins très rare. Il a vu à la Pitié un cas où une

roue de voiture avait passé sur le ventre sans laisser de traces à l'extérieur, mais en produisant une déchirure profonde des viscères.

M. Cruveilhier a observé les mêmes effets à la suite d'un coup de pied de mulet. De plus il y avait chez le blessé deux hernies à l'étranglement, desquelles on crut devoir attribuer les accidents. L'opération, à laquelle s'était refusé M. le président, fut néanmoins pratiquée, et la mort survenue le lendemain montra seulement une rupture de l'intestin.

Asphyxie par hypertrophie de la glande thyroïde.

Observation recueillie par M. GAUCHER.

Le dimanche 1^{er} mai 1842, on apporta à l'Hôtel-Dieu, vers neuf heures du soir, un jeune homme de vingt-huit ans, nommé *Mayer*. Il fut placé dans les salles de M. Husson, n. 67. A son entrée à l'hôpital, il avait présenté pour symptômes une perte complète de connaissance et une respiration embarrassée : pour renseignements on sut que ce jeune homme avait habituellement de la dyspnée ; que cette dyspnée augmentait par l'ingestion des aliments ; il se plaignait aussi, dit-on, de souffrir vers les oreilles. Nous verrons plus tard comment était déterminée cette douleur. Du reste, ce jeune homme, d'un tempérament sanguin, était robuste ; sa santé avait toujours été excellente, et jamais il n'avait eu d'accidents analogues à celui qui compromettrait actuellement sa vie. On crut à une affection cérébrale, et on lui appliqua quinze sangsues aux apophyses mastoïdes. Ce moyen ne diminua en rien l'état alarmant où il était depuis le milieu de la journée.

Le matin 2 mai, à la visite : face violet-bleuâtre, ainsi que les lèvres et toute la surface de la peau ; extrémités froides, pouls imperceptible, râle trachéal, mort.

Autopsie le 3 mai.

La surface du corps présente partout une couleur violacée ; l'ouverture de l'abdomen montre une injection bleuâtre de tout le paquet intestinal, du foie et de tous les viscères ; le système veineux est gorgé d'une grande quantité de sang noir, très-fluide, et on ne rencontre aucun caillot ; le système à sang rouge est vide ; les poumons sont sains et ne présentent qu'un engouement sanguin très-considérable.

En explorant les bronches et la fin de la trachée, on découvre une tumeur qui s'avancait sous la fourchette du sternum et qui paraissait comprimer la trachée-artère ;

c'était le corps thyroïde volumineux. La glande est divisée en trois lobes, chacun plus considérable que cette glande quand elle est normale ; ces trois lobes sont séparés supérieurement et se réunissent à la partie inférieure. Le lobe moyen part de l'os hyoïde auquel il est attaché par un petit prolongement, et descend sur la trachée jusque dans la cavité du thorax. Il présente une forme recourbée qui s'est moulée sur le conduit aérien. La face antérieure de ce lobe offre des sillons occupés par des veines volumineuses.

Le lobe latéral gauche, plus volumineux que le lobe médian, remonte aussi plus haut et parvient vers le conduit auditif externe, c'est là ce qui explique les douleurs que le malade disait ressentir dans l'oreille.

Le lobe gauche, aussi considérable, est plus large et moins long et pénètre dans la poitrine. Il présente également des veines énormes sur les deux lobes latéraux. On peut voir les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures augmentées de volume et égales à peu près, vers le lieu où elles se divisent, au tuyau d'une grosse plume d'oie.

Les nerfs laryngiens, supérieurs et inférieurs, n'offrent aucune altération. Les muscles de la partie antérieure du cou, sterno-mastoïdien, sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien, recouvrent les tumeurs ; ils sont très-amincis et très-élargis.

Les veines jugulaires externes, internes, les carotides, les pneumo-gastriques et grands sympathiques surtout, sont à l'état normal.

Le cerveau n'offre qu'une ingestion vasculaire considérable. Rien dans l'estomac, les intestins et les différents viscères, qui puisse expliquer les accidents.

Le calibre de la trachée ne paraît pas diminué : une sonde assez volumineuse y passait librement.

Nature de la tumeur : elle n'offre pas dans toutes ses parties le même degré d'altération.

Tumeur gauche : incisée longitudinalement, elle offre, à sa partie supérieure, un kyste qui est celui de la glande à l'état normal ; plus bas se trouve un kyste du volume d'une noix, plein d'une sérosité sanguinolente ; dans une partie ce kyste se trouve une matière *gélatineuse*.

Partout on trouve une grande quantité de très-petits kystes séreux.

Tumeur droite : son aspect est homogène ; c'est à peu près le tissu de la glande ; dans la partie inférieure, on trouve un kyste plein de matière *gélatineuse*.

Tumeur moyenne : même aspect.

L'asphyxie a été déterminée par la pression qu'exerçait la tumeur moyenne sur la trachée. Ce n'est pas la pression sur les nerfs qui a déterminé les accidents, puisqu'ils étaient libres. L'asphyxie était encore déterminée par les liquides retenus dans les parties par suite de la difficulté affectée à la circulation, et qui augmentaient le volume de la glande.

La tracheotomie eût-elle été possible à travers des tumeurs aussi vasculaires ? Je ne le pense pas. Eût-on été autorisé à enlever la glande ? Les opinions se seraient, je crois, partagées sur ce point ; on sait que cette opération eut une terminaison funeste entre les mains de Dupuytren, et une autre fois entre les mains de M. Roux. D'un autre côté, les œuvres chirurgicales de Desault, les écrits des auteurs allemands, citent plusieurs cas de succès.

Cyanose cardiaque, déterminée par la persistance du trou de botal et par une communication entre les deux ventricules, avec rétrécissement très considérable de l'artère pulmonaire.

Observation recueillie par M. DECUISSE, interne des hôpitaux.

Pierre (Claire), âgée de 20 ans, journalière, demeurant à Auteuil, née à Paris, entre à l'Hôtel-Dieu le 9 février 1842.

Avant tout ce qui frappe chez cette fille, c'est la coloration bleuâtre de la face et des extrémités ; et cependant cette coloration si prononcée n'est pas ce qui l'amène à l'hôpital : elle vient pour un abcès qui siège à la partie inférieure du thorax, du côté droit.

Elle affirme présenter cette coloration depuis qu'elle est au monde. Sa mère et ses deux sœurs se portent bien. Toutes trois n'ont jamais eu le visage coloré comme le sien. Son père est mort vers l'époque de sa naissance, et elle ne peut donner aucun renseignement sur la cause présumée de sa mort.

Claire n'a jamais été bien portante, elle éprouvait de temps à autres des faiblesses dans les jambes, des douleurs de tête et des étourdissements : il lui est arrivé souvent de tomber par terre et de perdre entièrement connaissance. Elle est habituellement sujette à des battements de cœur douloureux, surtout pendant la marche qui les augmente toujours. Elle ne peut monter un escalier sans être fortement essouffée. La marche, l'action de monter, rendent la coloration de la peau beaucoup plus prononcée. Elle ne tousse point et n'est point sujette à s'enrhumer. Ses jambes enflent souvent, surtout vers le soir. Elle n'a jamais eu ses règles, elle n'a point d'épistaxis. Tous ces accidents au surplus, dus sans aucun doute à la syphilis, étaient encore augmentés par le travail pénible auquel elle se livrait : il y a six ou huit mois environ, elle s'est aperçue pour la première fois d'une grosseur vers la partie inférieure et droite de la poitrine, cette grosseur a augmenté insensiblement jusqu'à aujourd'hui, et n'est devenue douloureuse que depuis un mois. Mais, avant que cette tumeur n'apparût, elle assure avoir ressenti des douleurs vers ce point où elle s'est développée plus tard, et cela plusieurs mois avant. — On lui avait même appliqué quelques sangsues dans l'espoir de faire disparaître ces douleurs. — Elle porte un cautère au bras depuis plusieurs années.

12 février. *État actuel.* Taille petite, cheveux châtain-clair, yeux gris; intelligence très-peu développée, face cyanosée, la coloration bleue est un peu plus foncée vers le pourtour des lèvres, du nez et des orbites. Membres grêles; chairs flasques; doigts des mains forts allongés; phalanges unguéales épatées, se couplant à angle aigu sur les secondes phalanges de manière à former un angle aigu ouvert sur la face dorsale; toute la peau du corps participe un peu à la coloration bleue de la face, mais ce sont principalement les extrémités des membres qui sont les plus colorées. Les mamelles ne sont nullement développées. — Elle est plus faible sur ses jambes qu'elle ne l'a jamais été; elle dit qu'elle n'a pu monter les escaliers (la salle Ste-Monique est au moins au quatrième étage) sans se reposer plusieurs fois. Elle respire facilement, ne tousse point, n'accuse aucun mal de tête; il y a de l'appétit, de bonnes digestions, une selle tous les jours.

Il n'y a point de voussure à la région précordiale, le thorax est petit, étroit, mais sans déformation. Le cœur percuté donne trois pouces $1\frac{1}{2}$ en travers sur $2\frac{1}{2}$ en hauteur. Impulsion assez forte, mais non exagérée. — Vers la base du cœur, on entend un bruit de souffle tout-à-fait comparable à celui d'un soufflet de forges; ce bruit est sec, correspond au premier temps: isochrone aux battements du pouls; son maximum d'intensité est à deux travers de doigt en dedans et un peu au-dessous du mamelon. Il ne marque point complètement le premier bruit. Vers la pointe du cœur, ce souffle n'est point perçu; il s'entend, mais moins fort, vers le tiers inférieur du sternum. *Ce bruit semble se prolonger dans l'aorte* (1). On n'entend rien dans les sous-clavières ni dans les carotides. Les battements du cœur

(1) Plus tard M. Bouley, mon collègue, me fit remarquer que ce souffle se prolongeait non pas dans l'aorte, mais bien dans l'artère pulmonaire.

sont distinctement perçus en arrière et à gauche. Le pouls est à 112 pulsations assez dépressible. — La respiration vésiculaire s'entend dans toute l'étendue de la poitrine, qui résonne sous le doigt comme dans l'état normal.

Sur le côté droit du thorax, existe, au niveau des dernières fausses côtes, une tumeur à grand diamètre transversal, molle, fluctuante, pouvant contenir environ 250 grammes de liquide. Vers un point et dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, la peau est fortement amincie, d'un rouge violacé, et menace de se rompre. Cette tumeur, ses environs, sont le siège de douleurs assez vives (violente sucrée b., deux portions).

14. Même état ; une ponction est pratiquée avec le troiquarts, de M. J. Guérin (ponction s.-cutanée, à 3 pouces au-dessus du foyer). La moitié du pus est seulement évacuée. Ce pus est verdâtre, consistant, sans mauvaise odeur. La petite plaie est fermée avec un emplâtre de diachylum.

15. La malade se sent soulagée ; il s'est fait depuis la veille une légère augmentation dans le liquide laissé dans la tumeur ; mais elle est toujours moins considérable qu'avant la petite opération ; la peau n'est plus aussi distendue, et la partie du tégument qui menaçait de se rompre, quoique toujours amincie, est beaucoup moins rouge.

17. Rien de changé du côté du cœur. La tumeur s'est de nouveau remplie. Nouvelle ponction sous-cutanée ; cette fois le pus est évacué en totalité.

19. Même état des organes circulatoires ; le pus s'est reformé.

20. La tumeur est incisée vers le point qui menaçait de se rompre ; une compression méthodique est exercée de manière à chasser le pus vers cette ouverture.

21. L'appareil est baigné de pus de bonne nature.

22. Je cherche avec un stylet à rencontrer la carie de côté présumée ; aucune surface osseuse dénudée ne peut être sentie.

25. Même état du cœur. Le pus est un peu grumeleux. Mais rien de nouveau, si ce n'est que le pus de l'abcès ne coule presque plus ; il sort du foyer une sanie jaunâtre, non odorante, qui tache chaque matin le petit appareil qui sert à tenir appliquées les parois du foyer. La coloration bleue des téguments est peut-être moins prononcée. Cette circonstance peut tenir au repos presque absolu auquel la malade s'assujétit elle-même ; effectivement elle ne se lève que deux ou trois heures et ne quitte jamais la salle. Elle ne se plaint pas, n'accuse aucune douleur et continue de manger avec appétit ses deux portions.

6. Un peu de diarrhée (deux bouillons, deux potages, deux pots riz gommé et sucré ; un demi-lavement de pavot).

7. La diarrhée continue ; un peu de toux et quelques crachats. La poitrine est de nouveau examinée, les régions supérieures, en avant et en arrière, sont percutees et auscultées avec le plus grand soin, et nous ne trouvons aucun signe physique de tubercules. Le cœur est toujours dans le même état, si ce n'est que le bruit de soufflet est un peu moins fort que les premiers jours (deux bouillons, un pot violette sucré, un pot riz gommé sucré, julep avec 80 grammes sirop diacodé, deux quarts lav. amidon avec 4 grs de laudanum).

9. La diarrhée est arrêtée. La malade tousse encore un peu, surtout le matin, un ou deux crachats insignifiants. Pours à 92 p., petit cu dépressible (violette sucrée, deux p. julep diacodé ; une portion, deux tasses de vin).

16. La malade se plaint de ressentir de la douleur vers la symphyse sacro-iliaque gauche ; elle n'a pu rester levée. On n'a perçu rien vers cette région ; le palper n'augmente point la douleur (même prescription).

20. Les douleurs ressenties depuis deux jours sont augmentées. La malade est mise sur le ventre, et le côté douloureux semble un peu plus volumineux que le côté

opposé; la fesse gauche semble remouée plus haut. Le toucher est douloureux; on perçoit de l'empatement et une fluctuation très-douteuse (même prescription. Cataplasme bis).

29. Rien de nouveau du côté du cœur, la malade est sans fièvre, elle n'a pas eu de frissons, l'appétit continue, l'abaissement de la base de la poitrine ne donne presque plus rien. Vers la région sacro-iliaque du côté droit, le gonflement a beaucoup augmenté; il existe maintenant vers ce point une fluctuation qui n'est plus douteuse, quoique profonde encore; il y a un peu d'œdème vers les extrémités inférieures, bien que depuis une dizaine de jours la malade ne se soit point levée (même prescription).

Avril 7. Nouvelle augmentation de volume dans la tumeur de la hanche droite, les deux membres inférieurs sont aussi plus infiltrés, la figure est un peu bouffie; les membres supérieurs présentent aussi, surtout vers les poignets, un peu d'empatement œdémateux; le ventre est tuméfié, un peu luisant, mais il ne contient pas d'eau d'une manière très-manifeste. La coloration générale du corps est plus cyanosée que lors de l'entrée de la malade à l'hôpital. Il y a un peu de gêne dans la respiration; un peu de toux et quelques crachats insignifiants. Le pouls est à 84; petit, sans consistance; un peu de diarrhée; du reste, il y a toujours de l'appétit, la langue est bonne, le ventre n'est point douloureux, la hanche seule est le siège de douleurs très-supportables et qui sont presque nulles lorsque la malade se couche du côté opposé. L'état du cœur n'a pas changé (violette sucrée, chiendent nitré, deux bouillons, deux potages).

9. Rien de nouveau.

13. L'œdème général ne paraît pas avoir augmenté, mais la face est plus cyanosée. Son pouls est à 80. La respiration est toujours gênée. Elle a eu six garde-robes depuis hier (riz gommé sucré, bis; chiendent nitré; deux quarts

lavement amidon avec 6 gtt de laudanum ; deux bouillons, deux potages, deux tasses de vin).

23. L'œdème général a augmenté; le volume de la tumeur de la hanche droite peut égaler celui des deux poings réunis. Persistance de la diarrhée. Pouls à 86, d'une petitesse extrême (riz gammé sucré, chiendent nitré, julep avec oxymel scillitique, 32 gram., deux quarts lav. amidon avec 6 gtt laudanum ; deux bouillons, deux tasses de vin).

25. Il se développe un érysipèle aux environs de l'abcès siégeant à la partie inférieure du thorax. L'œdème général continue ; il a envahi les membres supérieurs ; la face est luisante, très-cyanosée. Le pouls à 80, toujours petit, avec quelques irrégularités. L'état du cœur ne varie point. Persistance de la diarrhée. La malade ne souffre presque point (chiendent nitré, deux pots ; julep avec oxymel scillitique, 32 gram.) ; deux quarts de lavement amidon avec 6 gtt laudanum ; deux bouillons, deux tasses de vin. On étend de l'axonge sur l'érysipèle).

27. L'état de la malade continue d'empirer ; la respiration devient très-gênée ; l'érysipèle a pris de l'extension (même prescription).

28. Aggravation de tous les symptômes observés ; la malade est d'une faiblesse extrême ; la respiration stertoreuse ; de l'écume bronchique sort par la bouche à chaque inspiration ; on ne sent plus l'artère radiale ; la rougeur érysipélateuse a presque disparu. Les extrémités sont froides (même prescription, plus une saignée de deux petites palettes ; sinapisées aux extrémités inférieures).

Mort à 11 heures du matin.

Autopsie le 30 avril, 36 heures après la mort.

Cadavre fortement œdématié, conservant encore une teinte bleuâtre, mais infiniment moins prononcée que pendant la vie.

Cœur. La presque totalité du cœur gauche était recouverte par le bord antérieur du poumon gauche, qui en ce

point avait contracté des adhérences assez intimes avec le péricarde. Le péricarde ne présente rien de remarquable; son intérieur est lisse et contient environ deux ou trois cuillerées à café d'une sérosité citrine, parfaitement transparente, et sans aucun produit pseudo-membraneux.

Le cœur occupait sa position normale; sa configuration extérieure paraît naturelle. Les sillons antérieur et postérieur divisent le cœur en deux parties inégales; le cœur droit paraît ainsi plus volumineux que le gauche, de près d'un tiers. En avant, les ventricules mesurés de la base à la pointe donnent 7 centimètres et 8 millimètres en hauteur; en arrière 6 centimètres et 1½; mesurés à leur base, ces ventricules donnent une largeur de 9 centimètres. L'oreillette droite est plus volumineuse que dans l'état normal; elle a 4 centimètres 1½ de hauteur, sur 7 centimètres en largeur, l'auricule comprise, laquelle n'est pas plus considérable que de coutume. — L'oreillette gauche 4 centimètres de hauteur sur 4 centimètres 1½ en travers.

Conformation intérieure. — Le ventricule droit était distendu par un sang noirâtre qui n'était presque point coagulé. Ses parois ont 5 millimètres d'épaisseur d'une consistance normale; les colonnes charnues sont fortes et nombreuses, l'orifice auriculo-ventriculaire droit occupe sa place accoutumée, il n'a qu'un centimètre et 8 millimètres de diamètre; le pourtour de cet orifice, la valvule tricuspide paraissent aussi sains que possible; la membrane qui les tapisse est lisse et n'a pas augmenté d'épaisseur. — L'orifice artériel ou pulmonaire est très-remarquable, il se trouve à la partie supérieure du ventricule tout près de la cloison, il constitue un pertuis, capable seulement de laisser passer une plume de corbeau; son pourtour est formé d'un tissu qui a la consistance du cartilage. Ce pertuis était presque entièrement oblitéré par de petites végétations jaunâtres, fibrineuses, médiocrement adhérentes au pourtour de l'orifice. Les valvules pulmonaires sont placées à

1 centimètre 3 millimètres au-dessus de ce pertuis. Entre l'orifice et les valvules pulmonaires se trouve donc un espace mesuré en hauteur par 1 centimètre et 3 millimètres, ayant 2 centimètres en largeur : c'est l'infundibulum du ventricule droit constituant une petite poche tapissée par la membrane interne du cœur peut-être un peu plus épaisse que de coutume ; il y avait dans cette poche un petit caillot fibrineux, jaunâtre, très-médiocrement adhérent ; les valvules pulmonaires sont au nombre de deux. Le bord libre de chacune a 1 centimètre et 2 millimètres d'étendue ; l'artère pulmonaire au niveau du bord libre de ses valvules a seulement 8 millimètres de diamètre. Ces valvules peuvent parfaitement oblitérer la lumière du vaisseau ; elles ne présentent aucune dureté, aucune épaisseur anormale, aucune végétation ; elles sont tapissées d'une membrane légèrement rosée ; à 2 centimètres au-dessus de ses valvules, l'artère pulmonaire se divise en deux branches comme de coutume. Vers le point de cette division, le calibre de l'artère est de 1 centimètre ; chacune des bronches, la droite et la gauche, ont 1 centimètre $1\frac{1}{2}$ de diamètre ; la bronche droite se divise en deux troncs après un trajet de quatre centimètres et demi. Les parois de cette artère sont plus minces que dans l'état normal, sa membrane interne n'offre rien de remarquable ; il m'a été impossible de rencontrer le moindre vestige du canal artériel. — A 8 millimètres en arrière de l'orifice ventriculo-pulmonaire, à gauche de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, toujours à la partie supérieure du ventricule et contre la cloison, se trouve une ouverture qui communique largement avec le ventricule gauche. Cette ouverture, qui a un peu plus de un centimètre et demi de diamètre, est parfaitement lisse, tapissée d'une membrane analogue à celle qui revêt le reste du ventricule ; le pourtour de cette ouverture ne présente pas de points cartilagineux.

Le ventricule gauche est manifestement moins volumi-

neux que le droit ; ses parois ont neuf millimètres d'épaisseur ; il contenait comme le ventricule droit un sang noirâtre assez fluide qui ne le remplissait point en totalité. — L'orifice auriculo-ventriculaire gauche a deux centimètres et demi dans son plus grand diamètre ; la valvule mitrale est parfaitement saine. — L'orifice aortique se confond avec l'ouverture normale notée dans le ventricule droit ; comme cette dernière, il est lisse, sans aucune dureté. L'aorte se trouve comme à cheval sur le bord antéro-postérieur et reçoit ainsi à la fois le sang veineux et le sang rouge artériel. L'orifice de l'aorte a trois centimètres et demi de diamètre ; il est pourvu de trois valvules aussi saines que possible, et qui, par leur abaissement, bouchent parfaitement le calibre de l'artère. — L'aorte a une épaisseur et une consistance normales, commence à se recourber à quatre centimètres et demi au-dessus de ses valvules, se rétrécit un peu avant de donner naissance au tronc brachio-céphalique, et n'a plus que deux centimètres et trois millimètres au niveau de la sous-clavière gauche, et un centimètre et 9 millimètres lorsqu'elle devient descendante. Le tronc brachio-céphalique a un centimètre quatre millimètres de diamètre ; il donne naissance comme de coutume à la sous-clavière et à la carotide primitive droite. La première de ces artères a neuf millimètres de diamètre, la seconde six millimètres. — La carotide primitive gauche a six millimètres aussi, la sous-clavière gauche un centimètre, tout à côté de la carotide primitive gauche, entre elle et la sous-clavière gauche, se trouve, naissant aussi de l'aorte, une artère thyroïdienne.

L'oreillette droite est très-dilatée ; ses parois sont un peu plus épaisses que de coutume ; ses colonnes charnues sont très-développées et d'autant plus fortes qu'on se rapproche davantage de l'auricule où elles sont presque aussi grosses que dans le ventricule droit ; dans les colonnes charnues

de l'auricule se trouvent intriqués plusieurs dépôts fibreux, jaunâtres, mais faciles à détacher. L'orifice de la veine cave inférieure a deux centimètres et quatre millimètres de diamètre ; celui de la veine cave supérieure, un centimètre et neuf millimètres. Ces orifices sont lisses, ne présentent aucune dureté, aucune végétation ; la membrane qui les tapisse n'a point augmenté d'épaisseur. Sur la cloison des oreillettes, on remarque la persistance du trou de Botal sous la forme d'une fente verticale de neuf millimètres d'étendue. Cette fente est constituée par deux lamelles qui se croisent très-légèrement : l'une, la plus considérable, se dirige d'arrière en avant, et son bord libre semble appartenir à l'oreillette gauche ; l'autre, beaucoup plus petite, est formée par la cloison elle-même et regarde d'avant en arrière ; il n'y avait aucune espèce d'adhérence ni de produits morbides entre ces deux lames qui peuvent laisser passer une grosse sonde. L'oreillette gauche est petite, ne présente aucune apparence de colonnes charnues et reçoit quatre veines pulmonaires.

Poumons. Ces organes sont assez peu développés ; le gauche présentait des adhérences nombreuses au péricarde, ainsi qu'au sommet. Tous deux ils sont médiocrement gorgés de sang qui est noir et fluide ; ils contiennent une assez grande quantité de tubercules, la plupart à l'état de crudité ; quelques uns présentent déjà un commencement de ramollissement. Deux petites cavernes au sommet du poumon gauche ; elles pourraient contenir une petite aveline. Les bronches sont remplies d'un liquide écumeux ; leur membrane interne paraît saine. Il n'y avait point de sérosité dans les plèvres.

Cerveau. Les méninges sont fortement colorées en noir par un sang fluide ; les sinus de la dure-mère en sont remplis. La substance cérébrale elle-même a une couleur violacée, due sans aucun doute à la stase du sang veineux.

dans les vaisseaux encéphaliques. Cette substance du reste a une consistance assez ferme. Les ventricules cérébraux contenaient deux ou trois cuillerées à café d'une sérosité légèrement citrine et parfaitement transparente. Le lobe droit du cervelet renfermait une petite masse tuberculeuse à l'état de crudité, du volume d'un noyau de cerise ; la substance cérébelleuse ne paraissait point enflammée ni ramollie autour de ce produit morbide.

Le foie n'était pas plus volumineux que de coutume : sa coloration était anormale ; il graissait le scalpel. La vésicule était médiocrement distendue par une bile verdâtre et visqueuse.

La rate avait près de 60 centimètres de hauteur sur 25 de largeur ; elle renfermait six à huit masses tuberculeuses, de couleur jaune paille, ayant la consistance du caséum, dont la plus volumineuse pouvait avoir le volume d'un œuf de poule, et la plus petite celui d'une noisette. Ces tubercules étaient généralement ramollis, surtout au centre. Ces masses offraient ceci de remarquable qu'elles étaient séparées les unes des autres par le tissu de la rate parfaitement sain ; elles n'étaient point enveloppées dans un kyste particulier par le tissu de la rate elle-même. Une de ces masses, la plus volumineuse, avoisinait la superficie de l'organe, et vers ce point, de nombreuses fausses membranes, épaisses, fibro-celluleuses, recouvraient la capsule de la rate. Ces fausses membranes paraissaient avoir une origine ancienne.

Le tube digestif n'a rien offert de remarquable.

Les organes génito-urinaires ont été examinés avec le plus grand soin et n'ont rien présenté d'anormal.

Un demi-litre de sérosité lactescente, mais sans produits membraneux, était contenu dans l'abdomen.

En suivant le trajet de la fistule déterminée par l'ouverture de l'abcès siégeant à la base du thorax, on arrivait

à la dixième côte qui était cariée ; il se trouvait en ce point un séquestre de deux centimètres de longueur qui ne tenait presque plus à la côte..

Une ponction est faite vers le centre de la tumeur occupant la fesse droite ; il en sort une quantité de pus capable de remplir deux petits bassins. En fendant plus largement, on arrive sur l'échancrure sciatique ; le doigt peut contourner cette échancrure et pénétrer dans le bassin. Une incision est alors pratiquée sur le muscle iliaque interne, et on trouve au-dessous de ce muscle le périoste de la fosse iliaque détruit et la substance osseuse cariée dans toute son étendue. Ce foyer ne communiquait en aucune manière avec le petit bassin. L'articulation coxo-fémorale du côté droit était saine.

Plaie par arme à feu. Perforation du grand trochanter simulant une fracture du col du fémur.

Observation recueillie par M. M. FAUBAYTIER interne des hôpitaux.

Le 21 mai 1813, le nommé Lapellière, alors âgé de 27 ans, grenadier à pied dans les armées de Napoléon, reçut à la bataille d'Essling un coup de feu qui lui traversa la cuisse droite d'avant en arrière, au niveau du grand trochanter. Il tomba immédiatement sur le côté blessé et se traîna en rampant dans un fossé, au bas de la colline sur laquelle il était au moment de l'accident.

Là, sentant sa cuisse inondée de sang, mais n'ayant pas la force de se dépouiller de ses vêtements, il appuya le dos chargé de son sac contre le rebord du fossé, et soutint sa cuisse blessée sur son fusil passé au-dessous d'elle.

Trois jours s'écoulèrent ainsi sans qu'il cherchât à abandonner ce lieu peu sûr, effrayé qu'il était de la présence de l'ennemi et de l'éloignement de ses compagnons d'armes.

Ses forces étaient épuisées, dit-il, au point qu'il ne pouvait se soulever, et que, tourmenté par la fièvre et la soif, il ne se désaltérait qu'en humant l'eau que le brouillard déposait sur ses moustaches. J'arrête ici le récit de ces détails qui pourraient paraître peut-être fabuleux, persuadé d'ailleurs que je dois m'attacher, non pas à raconter les circonstances presque toujours merveilleuses de la vie d'un vieux soldat qui a été malheureux, mais bien signaler les lésions intéressantes que m'a dévoilées sa mort.

Le quatrième jour, un fourgon passant auprès du fossé où gisait ce blessé le transporta à Beautzen ; le lendemain une brouette le conduisait à Dresde, où avaient été réunis la plupart des soldats hors de combat.

Là, en le déshabillant, on trouva au-dessus de sa guêtre et dans le creux du jarret une balle aplatie, allongée d'un demi-pouce, incrustée de tissu osseux ; un gonflement considérable occupait la région inguinale et trochantérienne, et rendait les mouvements du membre très-difficiles : on crut à une fracture de la cuisse ou du col du fémur, et en conséquence un appareil de Scultet fut appliqué précipitamment et maintenu en place pendant trois mois ; durant ce temps il y eut une suppuration abondante et sortie au-dehors de petites esquilles osseuses ; au bout de trois mois la marche fut possible à l'aide de béquilles ; mais, pendant qu'elle s'exécutait, de vives douleurs se faisaient sentir dans la hanche, dans la cuisse, dans le genou ; néanmoins le membre blessé aurait pu supporter le poids du corps, si le malade n'avait pas redouté de reproduire la fracture supposée et pour laquelle il avait gardé un appareil si longtemps. Peu après il prit plus d'assurance dans ses forces, abandonna ses béquilles et se livra à la marche sans le secours d'aucun appui ; mais il boitait un peu et ne pouvait pas faire de longues courses.

Après l'enlèvement de l'appareil, il s'écoulait par l'orifice

antérieur de la blessure un suintement sanieux, grisâtre, d'odeur fade, qui ne s'arrêta que cinq ans plus tard, c'est-à-dire, en 1818. A cette époque, la cicatrisation parut complète et la guérison définitive, et depuis lors, en effet, les plaies ne se sont point rouvertes, et le membre qu'elles affectaient n'a été le siège que de douleurs passagères dans les temps froids et humides.

Tous ces détails m'ont été transmis par le malade lui-même, que j'ai eu occasion de voir et d'observer pendant plusieurs mois à l'hôpital Necker, où il a succombé en 1840, alors âgé de 54 ans, à un épanchement pleurétique ancien.

Pendant la vie et lorsque ce malade était dans son lit, je constatai l'existence d'une cicatrice à la partie antérieure et supérieure de la cuisse droite, sur le point qui répondrait à la réunion du tiers externe avec les deux tiers internes de la demi-circonférence antérieure du membre, cette circonférence étant mesurée à la hauteur du pli de la fesse.

Cette cicatrice était déprimée comme un nombril, plissée à la circonférence, profonde d'un demi-pouce et formant un cône creux dont la base était au niveau de la surface du membre et le sommet au-dessous des téguments.

Une autre cicatrice, n'ayant rien de commun avec la première, existait au niveau du bord postérieur du grand trochanter; nullement enfoncée en doigt de gant, elle se dessinait seulement sous la forme d'une plaque blanchâtre et rayonnée, analogue à la cicatrice d'un moxa.

Elle était placée un peu au-dessous du niveau de la première, en sorte qu'une ligne droite, qui les aurait réunies, aurait été dirigée obliquement de haut en bas, de dedans en dehors et un peu d'avant en arrière, aurait pu faire croire que telle avait été la direction du projectile, tandis qu'au contraire il avait d'abord pénétré de bas en haut,

jusqu'au fémur, et subi là une réflexion qui l'avait fait cheminer dans le reste de sa course de haut en bas.

Le membre était dans une demi-rotation en dehors, et présentait un raccourcissement appréciable à la vue et que confirmait la mensuration : la malléole interne en effet était à un travers de doigt au-dessus de celle du côté opposé, et la mensuration, à l'aide d'un ruban divisé en centimètres et prise de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à la malléole interne, le bassin étant parfaitement droit et les deux membres également bien étendus sur le lit, donnait un raccourcissement de deux centimètres.

Ni la cuisse ni la jambe n'avaient subi aucune atrophie, les mouvements de l'articulation coxo-fémorale étaient bien conservés ; seulement la rotation en dedans ne pouvait pas être portée aussi loin que du côté opposé. Des douleurs se faisaient parfois sentir au voisinage des cicatrices, s'irradiaient dans la cuisse et venaient plus particulièrement se localiser dans le genou. La marche s'exécutait avec une légère claudication, mais sans le secours d'aucun point d'appui.

Ainsi, deux cicatrices à la partie supérieure de la cuisse indiquant la pénétration d'un projectile d'avant en arrière, raccourcissement du membre, rotation en dehors, légère claudication, telles étaient les lésions appréciables pendant la vie, lésions qui, réunies à l'histoire du traitement mis en usage vingt-sept ans avant, permettaient de supposer une fracture du corps ou du col du fémur ; mais l'autopsie ne confirma point cette prévision.

En disséquant les parties avec beaucoup de soin, je constatai que la cicatrice antérieure était formée par l'enfoncement de la peau dans les tissus sous-jacents ; cette peau, plissée comme les filtres de papier des chimistes, était adhérente au fond de l'entonnoir qu'elle formait dans l'épaisseur du membre, et se continuait sans ligne de démar-

cation, avec un cordon fibreux de la grosseur d'un luyau de plume qui se terminait sur le bord antérieur du grand trochanter; ce cordon fibreux, qui n'était que la cicatrice du trajet de la balle dans l'épaisseur de la cuisse, passait entre le côté externe du droit antérieur et le côté interne du muscle fascia-lata, contournant ainsi la face antérieure du fémur et s'implantant sur le grand trochanter.

Comment cette cicatrice s'était-elle formée? était-elle due à un dépôt de tissu cellulaire, condensé dans le trajet du projectile, ou bien au rapprochement et à l'agglutination des parois de ce trajet? Cette dernière supposition me semble la plus plausible. Ce trajet, resté ouvert pendant cinq ans, a été la route dont s'est emparée la nature pour déverser au-dehors des liquides infects et des esquilles osseuses. Ces liquides provenaient sans doute du voisinage du grand trochanter dont le tissu avait été contus, érodé, perforé, enflammé; si, encore pendant la vie, on avait précipitamment et imprudemment tenté d'oblitérer ce trajet fistuleux en cautérisant son intérieur, ainsi qu'il en avait été question, au dire du malade, qu'en serait-il résulté? N'y a-t-il pas lieu de penser qu'on aurait emprisonné la sanie dans l'épaisseur du membre et par suite déterminé la formation de dépôts purulents au voisinage du fémur ou dans l'interstice des muscles?

La cicatrice qui existait au niveau du bord supérieur du grand trochanter était formée par la peau amincie et rayonnée; elle reposait sur une couche de tissu cellulaire lamelleux qui lui permettait des glissements faciles.

Le raccourcissement du membre et sa rotation en dehors étaient au même degré que pendant la vie.

L'articulation coxo-fémorale était intacte, ainsi que les parties molles de son voisinage.

Quant aux lésions osseuses, elles n'intéressent que le grand trochanter; cette éminence est perforée de part en

part, à un travers de doigt de son bord inférieur, directement d'avant en arrière, sans que le corps du fémur soit en rien endommagé. Elle est augmentée de volume et couverte à la surface et à son pourtour de dépôts calcaires, de stalactites osseuses, semblables pour l'aspect à des morceaux de manne impure, et dont l'existence témoigne assez des efforts que l'organisme a faits pour réparer les pertes qu'il avait subies en ce point.

Le trou d'entrée du projectile, situé à l'extrémité inférieure du bord antérieur du grand trochanter, est indiqué par une légère dépression de forme ovoïde, à grand diamètre vertical, à pourtour régulier, et rehaussé par un petit bourrelet. Au centre de cette dépression s'implante le cordon fibreux dont j'ai parlé précédemment ; on dirait même qu'il pénètre dans l'épaisseur de l'os, tant il est confondu avec le tissu osseux.

Dans un point diamétralement opposé et sur le bord postérieur du grand trochanter, existe un trou circulaire, à pourtour régulier et ondulé, ayant la forme d'un cône creux, dont la partie évasée est à la surface du grand trochanter, et dont le sommet est dans l'épaisseur de cette éminence osseuse.

Ce dernier trou indique la sortie du projectile ; l'autre, son entrée : la disposition du pourtour de ces ouvertures vient confirmer les faits connus depuis long-temps, savoir : que dans la perforation d'un os par une balle, le trou d'entrée est net et étroit ; le trou de sortie, large et irrégulier, différence qui, d'après la théorie la plus généralement accréditée, s'explique par la déformation du projectile au moment où il faisait son trou de sortie, et par le défaut d'appui qu'ont les lamelles osseuses superficielles sur lesquelles il agit.

Remarquons que, dans le cas particulier qui nous occupe, les ouvertures des parties molles offrent une dispo-

sition tout à fait inverse de celles des parties osseuses et de celles qu'elles présentent habituellement : ainsi le trou d'entrée est large, irrégulier, déprimé en doigt de gant ; celui de sortie existe à peine, il consiste en une cicatrice plate comme celle d'un moxa.

On peut se rendre compte de cette disposition en réfléchissant que le trou d'entrée a porté sur des téguments doublés par des masses charnues et celluleuses, dans l'épaisseur desquelles ils ont été enfoncés et retenus, tandis que le trou de sortie a porté sur une portion de peau qui, doublée simplement par du tissu cellulaire lamelleux, a prêté par son élasticité avant d'être perforée ; et, une fois perforée, comme elle est revenue sur elle-même, les bords de la déchirure se sont rapprochés, comme ils se rapprochent sur un morceau de gomme élastique qu'on perce avec un poinçon.

Une section du grand trochanter, perpendiculaire à l'axe du fémur et passant par les trous d'entrée et de sortie, a été faite dans le but de suivre le trajet du projectile dans l'épaisseur de l'os, mais rien n'en a indiqué la moindre trace. La route qu'il a parcourue est comblée par du tissu spongieux se continuant sans ligne de démarcation avec celui de l'intérieur du grand trochanter.

Les trous d'entrée et de sortie sont tapissés à leur intérieur par une lamé de tissu compacte se continuant avec le tissu compacte de l'os.

En face de la guérison de semblables trous, l'esprit admire sans doute le travail réparateur de l'organisme, mais il ne se rend point compte des deux symptômes qui dominent toute cette observation, à savoir : le raccourcissement du membre et sa rotation en dehors.

Pour moi, impuissant à trouver la cause de ces phénomènes, et tourmenté cependant de la connaître, j'ai bien songé à invoquer la rétraction des masses musculaires,

mais, outre que le scalpel ne me l'a point démontrée, cette rétraction, quand même elle resterait, expliquerait tout au plus la rotation en dehors, mais jamais le raccourcissement.

S'il faut absolument recourir à une hypothèse, j'aime mieux supposer que le bassin était incliné du côté non blessé, et que c'est cette inclinaison, restée inappréciable à mes investigations, qui a produit pendant la vie et après la mort le raccourcissement du membre.

Comme blessure analogue à celle que je viens de citer, je rappellerai celle que le nommé D*** reçut à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, par un coup de feu qui perfora le membre, gagna la fesse avec une légère atteinte au grand trochanter et ne laissa aucune incommodité après la guérison. (JOBERT, *Traité sur les plaies d'armes à feu*, page 249.)

M. Larrey nous a transmis l'histoire d'un officier atteint d'un coup de feu à la hanche, au siège d'Alexandrie, et guéri avec ankylose : l'autopsie, faite vingt ans plus tard, fit reconnaître une fracture du col du fémur avec implantation de la balle dans la base du grand trochanter. (*Clin. de LARREY*, t. V, p. 243).

Mais, comme on le voit, ces faits s'éloignent encore beaucoup de celui que j'ai raconté; j'en ai cherché de plus rapprochés, je n'en ai pas trouvé. Alors j'ai pensé que celui qui s'offrait à moi était très-rare et que dès-lors je devais l'analyser de mon mieux, d'abord pour faire connaître l'erreur de diagnostic à laquelle il avait donné lieu, et ensuite pour signaler les travaux que la nature exécute dans les plaies d'armes à feu pour conserver les parties lésées et réparer les pertes dont les tissus ont eu à souffrir.

Extrait du rapport de M. PIGNÉ sur l'observation précédente.

L'auteur de l'observation ne peut se rendre compte du raccourcissement sans fracture que par l'inclinaison du bassin du côté sain, laquelle aurait élevé le côté malade; cette explication me paraît peu satisfaisante. D'abord cette inclinaison n'a été constatée ni sur le vivant ni après la mort; elle ne s'est présentée à l'esprit de M. Fauraytier que pour l'explication du raccourcissement; il admet son existence sans l'avoir constatée.

M. Fauraytier a bien établi l'existence d'un raccourcissement, en mesurant les membres sur le vivant; mais il n'a pas comparé les deux fémurs dépouillés de leurs chairs: dès-lors nous ne savons au juste si le raccourcissement était réel ou s'il était simplement fictif. D'après la description donnée par M. Fauraytier, nous ne pouvons savoir si la mesuration a été faite du trochanter à la malléole, ou de l'épine iliaque à cette dernière, ce qui pour nous est de la plus haute importance, et nous sommes porté à croire que, faite du grand trochanter à la malléole, on aurait obtenu le même raccourcissement. Car si ce raccourcissement était dû uniquement à l'inclinaison du bassin, il eût disparu en mesurant de l'épine iliaque à la malléole. Mais l'individu, jeune encore au moment de sa blessure, est resté pendant cinq ans dans une inaction presque complète de son membre droit, et l'on sait que le repos prolongé d'un membre a pour effet une atrophie, non-seulement selon l'épaisseur, mais encore selon la longueur, et que cette atrophie selon la longueur est d'autant plus considérable que l'individu chez lequel agit la cause est moins avancé en âge; que, alors même que la cause cesserait d'agir, une fois la double atrophie établie, l'atrophie selon l'épaisseur peut disparaître tandis que celle en longueur

persiste. Cette atrophie en longueur peut reconnaître deux causes bien distinctes. Lorsque l'accident a lieu sur l'os avant son complet développement, la lésion l'empêche de se développer, et celui du membre opposé continuant à croître, il y a raccourcissement, ou bien l'accident a lieu sur l'os complètement développé, et alors une atrophie réelle diminue la longueur de l'os malade, l'os du côté opposé restant dans le même état, et alors encore il y a raccourcissement. Ces deux causes d'atrophie ont-elles simultanément agi chez le malade de M. Fauraytier? Cela est possible; cependant il était âgé de vingt-sept ans; à cette époque les os ne croissent plus guère en longueur: dès lors je pense qu'une seule cause a agi et qu'il y a eu tout simplement une atrophie pure et simple d'un os déjà complètement développé, et que cette atrophie ou raccourcissement est dû au repos forcé auquel ce malade a été soumis pendant cinq ans.

Le deuxième fait important dans l'observation que l'on vient de lire, c'est la persistance de la cicatrice du trajet fistuleux, après vingt ans de guérison. Ce fait est assez rare dans l'histoire des trajets fistuleux pour que je doive m'y arrêter un instant. On a beaucoup écrit sur l'organisation et le mode de formation des trajets fistuleux, et des membranes pyogéniques dont l'organisation est à peu de chose près la même, et je crois que leur histoire est encore bien loin d'être complète. On sait à peu près comment ces membranes se développent; c'est-à-dire on sait qu'elles se forment à l'aide d'un double produit: le pus passant continuellement sur une solution de continuité ou séjournant au sein d'une partie, y dépose quelques-uns de ses éléments qui finissent par s'organiser, et d'autre part y détermine une irritation sécrétoire qui a pour effet le dépôt d'une matière plastique, laquelle, s'unissant à l'autre, produit, favorise ou complète son organisa-

tion ; mais à mesure que ce produit accidentel s'est une fois développé et empêche toute espèce de communication entre le pus et les parties organisées, il se passe un nouveau phénomène extrêmement important. La membrane accidentelle continue à croître en épaisseur, et elle paraît le faire aux dépens des parties organisées sous-jacentes auxquelles elle semble emprunter leur substance pour les convertir en un tissu propre au sien : c'est ainsi que, dans les abcès par congestion, la membrane de l'abcès qui descend de la colonne vertébrale passe sur les muscles psoas et iliaques, et si l'abcès séjourne longtemps dans l'excavation du grand bassin, la cuisse se fléchit peu à peu sur le bassin et ne peut plus être étendue ; si à cette époque l'autopsie est faite, on trouve que les muscles fléchisseurs de la cuisse ont été absorbés par la pseudo-membrane. Si, au lieu de la mort, la guérison a lieu, on voit, malgré l'existence antérieure de tous les signes qui attestaient la résorption des muscles, la cuisse s'étendre peu à peu, et finir par reprendre non seulement sa position normale, mais encore tous ses mouvements. Si alors l'autopsie est pratiquée, on trouve que les muscles qui avaient été précédemment absorbés se sont de nouveau reformés : seulement ils sont encore plus faibles, moins consistants, plus colorés, plus tendres pour ainsi dire que ceux du côté opposé, en sorte qu'il semblerait que la membrane de l'abcès, en se développant, emprunte aux organes voisins les éléments nécessaires à son accroissement, et que, plus tard en guérissant, elle rend aux organes voisins les matériaux qu'elle leur avait empruntés.

Mais, bien que ces membranes empruntent certains matériaux aux organes voisins, elles possèdent une trame organique qui leur est propre, qui est indépendante, et qui persiste après la guérison un temps d'autant plus long que la maladie a duré plus longtemps. C'est ainsi que nous

voyons de longs cordons fibreux s'étendre de la colonne vertébrale au canal crural, vingt, vingt-cinq, trente ans même après la guérison d'un abcès par congestion, et ces cordons fibreux finissent eux-mêmes par être absorbés à la longue; aussi les voit-on quelquefois interrompus dans leur continuité par des lacunes dont les limites attestent cependant leur existence antérieure.

Or, faisant au cas présenté par M. Fauraytier l'application e quelques-unes de ces données, il nous sera facile de nous rendre compte de la persistance de ce cordon fibreux qui unit la cicatrice de la peau à la cicatrice osseuse; mais dans le cas spécial que nous avons eu sous les yeux, la cicatrice du trajet fistuleux, tout en diminuant d'épaisseur, à l'instar de toutes les membranes de ce genre, semble s'être rétractée comme les cicatrices ordinaires, et avoir enfoncé dans l'épaisseur du membre et à certaine profondeur la cicatrice de la peau, de manière à lui donner une forme profondément ombiliquée. Ce fait n'est pas ordinaire, et peut-être pourrait-on en chercher l'explication, non dans la ~~rétraction du cordon fibreux~~, mais dans l'action des muscles, qui, étant contournés par le cordon, auraient au moment de leur contraction agi sur lui comme sur une corde, et déterminé par là la dépression de la cicatrice cutanée.

Un autre fait dont le mécanisme demande aussi quelques éclaircissements, est le suivant :

La cicatrice, qui ferme l'ouverture d'entrée de la balle, est plus large que la cicatrice qui obture l'ouverture de sortie, et M. Fauraytier en cherche l'explication dans la nature des obstacles que la balle a pu rencontrer.

Il n'a pas fait attention que l'ouverture de sortie de la balle s'est cicatrisée assez rapidement, et que, comme toutes les cicatrices qui se forment régulièrement elle s'est rétrécie

en vertu de cette propriété de rétraction qu'elle possédait, tandis que l'ouverture d'entrée ayant abondamment suppuré pendant cinq ans, au lieu de se rétrécir n'a pu que s'agrandir. Dès lors ce fait ne détruit en rien la loi établie entre les proportions des ouvertures d'entrée et de sortie d'une balle, il ne saurait même être considéré comme une exception à la règle générale.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVII^e ANNÉE.

BULLETINS Nos 7 et 8 (Août et Septembre 1842.

RÉDIGÉS

Par MM. CONTOUR, CRUVEILHIER, DEBROU, DEMAUX,
DURAND-FARDEL, GAUBRIC, GOSSELIN, LIVONIS, PIGNÉ,
RENDU et A. TARDIEU, Secrétaire.

SOMMAIRE.

A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société*
(1^o Appendice iléo-cœcal sur un fœtus. — 2^o Desquamation
générale. — 3^o Anévrysme de l'aorte péricardique. — 4^o Affection
strumeuse des fosses nasales. — 5^o Hernie crurale chez un fœtus.
— 6^o Phlébite. — 7^o Lipôme dégénéré en tissu érectile. — 8^o Os-
téosarcôme du tibia. — 9^o Corps fibreux du sinus maxillaire.
— 10^o Polype fibreux de l'utérus. — 11^o Déformation rachiti-
que du bassin. Opération césarienne. — 12^o Néphrite albumi-
neuse chronique. — 13^o Cancer encéphaloïde du sinus maxil-
laire. — 14^o Coloration noire des poumons. — 15^o Extroversion
de vessie. Tumeur du rein. Ouverture de l'intestin dans la
vessie. — Pieds-bots. — Spina bifida. — 16^o Matière grasse dans
le sérum du sang. — 17^o Bassin vicié par ostéomalacie. —
18^o Liste des membres reçus par la Société dans le trimestre
précédent).

B. — *Rétrécissement et oblitération congénitale de l'intestin.*

C. — *Ramollissement de la moelle par l'action de la foudre.*

D. — *Hernie inguinale. Etranglement par le collet du sac. (Ob-
servation et rapport.)*

E. — *Hydaïdes dans divers organes.*

F. — *Hydaïdes du foie.*

G. — *Emphysème pulmonaire. Dilatation des bronches.*

H. — *Kyste de l'ovaire: Corpus luteum.*

I. — *Ankylose du genou.*

J. — *Diathèse tuberculeuse.*

K. — *Phlébite de la veine iliaque chez une phthisique.*

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. GRAUVEILHIER.

1^{er} M. Thore rapporte le fait suivant :

Un enfant du sexe masculin, né le 22 mai, est décédé le 27, sans avoir été soumis à notre observation.

A l'extérieur, cet enfant ne présentait rien d'extraordinaire : il était petit, et ne paraissait point né à terme, sa taille était de 40 centimètres. Le point d'ossification des condyles du fémur n'existait point encore. Il avait un ictère et un endurcissement œdémateux des plus intenses. Le cordon était desséché, et adhérait fortement à l'ombilic, qui était disposé comme à l'ordinaire et n'offrait aucune ouverture.

En ouvrant l'abdomen, on s'aperçoit qu'un prolongement de l'intestin en forme d'*appendice* vient s'insérer à l'*ombilic*. Ce prolongement appartenait à l'intestin grêle, et s'en détachait à angle droit vers sa fin et à 25 centimètres du cœcum. (La longueur totale de l'intestin grêle, mesuré chez cet enfant, était de 1 mètre 50 centim., et celle du gros intestin de 38 centim.). La longueur de cet appendice était de 2 cent. 1/2. Il était plus large près de l'intestin qu'à son insertion ombilicale. Sa plus grande largeur, lorsqu'il est incisé et développé, est de 8 millim. Sa structure est exactement celle de l'intestin. Le péritoine qui le recouvre se continue avec le péritoine pariétal et celui qui s'étend sur les vaisseaux ombilicaux; cet appendice communique avec la cavité de l'intestin grêle par une large ouverture, en forme d'entonnoir, et qui n'est garnie d'aucune valvule; la muqueuse a le même aspect que celle de l'intestin : elle est recouverte d'un peu de mucus jaunâtre; il ne contient point de matières fécales. A mesure qu'il se rapproche de l'ombilic et se rétrécit, il vient s'appliquer sur le côté droit de cet anneau, entre la vessie et les artères ombilicales. Là il se termine en cul-de-sac et dégénère en un cordon fibreux que l'on sent dans l'épaisseur des parois abdominales, et qui disparaît

dans le point où les vaisseaux se réunissent pour former le cordon ombilical. Il n'existe aucune communication avec l'extérieur.

L'intestin a une largeur de 12 millim. dans le point où l'appendice s'en sépare.

On n'a rien noté de particulier dans la disposition du tube digestif ; le cœcum et son appendice ont le volume et la forme ordinaires.

2° M. *Desclaux* montre des fragments d'épiderme enlevé en totalité sur les pieds et sur les mains, dont ils conservent, encore la forme; chez un homme de trente-quatre ans, affecté d'un eczéma impétigineux aigu, qui a duré trois semaines et à la suite duquel il y a eu desquamation générale.

3° M. *Dépuisaye* rapporte le fait suivant : Un homme de cinquante-trois ans, dont toute la famille est sujette à un flux hémorrhoidal abondant, en est lui-même atteint périodiquement tous les mois; et, lorsque cette évacuation manque par hasard, il éprouve une grande gêne de la respiration. Sans avoir jamais eu de rhumatisme, il a tous les signes d'une affection ancienne du cœur. Œdème des membres inférieurs remontant jusqu'au thorax. Matité dans une grande étendue à gauche, et jusqu'au-delà du sternum à droite, se prolongeant du côté de l'aorte. — Souffle très-fort au 1^{er} temps. — Frémissement cataire. A l'autopsie, on trouve un épanchement dans le péricarde ; les valvules aortiques sont saines. Mais l'aorte péricardique présente à son origine une dilatation au-dessus de laquelle est une espèce de cercle très-dense qui rétrécit l'artère. Il n'y a pas de rupture des tuniques. De nombreuses concrétions sont disséminées dans les parois, et l'on voit à la face interne une couche mince de fibrine commençant à s'organiser.

4° M. *A. Tardieu* présente les fosses nasales d'une jeune fille de treize ans qui a succombé à une phthisie bronchique après avoir présenté des signes de *scrofules*. Depuis trois ans environ, sa voix s'était altérée, le voile du palais avait été perforé, et on trouve une destruction complète des cornets inférieur et moyen des deux côtés, ainsi que de la partie postérieure de la cloison. L'épiglotte est également détruite. On voit au fond du pharynx une cicatrice rayonnée. L'absence d'antécédents et de signes d'infection syphilitique ne permettent pas d'assigner une autre cause que le vice scrofuleux à ces altérations dont on comprend l'importance pour

le diagnostic si peu connu des affections chroniques des fosses nasales.

5° M. Depaul fait voir un fœtus de deux mois et demi, qui présente, au niveau du pli de l'aîne, du côté gauche, une ouverture par laquelle s'échappe une grande partie de la masse intestinale. L'arcade crurale paraît avoir été soulevée par les parties herniées. L'avortement a été spontané; aucune traction n'a pu déterminer la hernie qui doit être antérieure à l'accouchement.

6° M. Chassaignac présente la veine jugulaire interne d'un homme mort un mois et demi après une chute sur la tête, avec tous les signes d'une diathèse purulente. Le sinus latéral droit était rempli par du pus qui descendait dans la veine jugulaire interne. Là on remarque un caillot adhérent par sa base, et une petite membrane qui forme un cul-de-sac entre le pus et le caillot.

7° M. Gosselin montre un lipôme situé à la partie inférieure et gauche de la paroi abdominale, dont M. Blandin a fait l'ablation. On a trouvé dans l'intérieur de cette tumeur une foule de petits points rouges formés par du sang, mais ce ne sont pas de petits épanchements. Le sang suinte par une multitude de petits orifices. Il y a là un véritable tissu érectile. Par la macération, il reste une trame fibreuse dense, qui paraît être la base de ce tissu. — Cette transformation du lipôme est d'autant plus remarquable qu'elle n'a pas encore été observée.

8° M. Robert montre la jambe d'un jeune homme de vingt-quatre ans, affecté d'un ostéosarcome de toute la moitié inférieure du tibia. La maladie a commencé, il y a dix-huit mois, par une petite tumeur du périoste, qui devint dure, bosselée, et acquit un volume considérable : elle était le siège de douleurs lancinantes. Il ne restait de ressource que dans l'amputation; on aurait pu la pratiquer sur le tibia lui-même; car il restait au-dessus de la tumeur assez de place encore; mais on a préféré opérer sur la cuisse, afin de s'éloigner plus sûrement des limites du mal. On voit qu'il a commencé au périoste, car à l'endroit où il se termine supérieurement, le périoste est seul atteint; plus bas le tissu osseux a été complètement détruit et remplacé par un tissu squirrhéux et colloïde qui s'étend jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne, dont le cartilage est néanmoins respecté. Le périoste du péroné commence lui-même à se prendre. — Près de trois semaines après l'opération,

le malade est dans l'état le plus satisfaisant; la plaie est presque entièrement guérie.

9° M. Pigné met sous les yeux de la Société un squelette de la face qui a subi une altération fort remarquable par suite du développement d'un corps fibreux dans le sinus maxillaire du côté droit. Le malade qui en était atteint était commissionnaire. Le seul accident dont il se plaignait était la diminution de la vue, l'œil étant chassé de l'orbite; il n'y avait aucun trouble des autres fonctions, ni dans la sensibilité ni dans les mouvements. L'opération fut pratiquée d'après la méthode de Genoul, et le malade succomba six jours après. Aucun des os n'a été altéré dans sa texture, mais tous sont dilatés et refoulés de manière à présenter une déformation complète. C'est ce fait que Dupuytren avait signalé comme propre au corps fibreux. La cloison du nez a été détachée à gauche et appliquée contre le sinus maxillaire gauche. La voûte palatine abaissée, le plancher de l'orbite détaché et refoulé en haut est venu s'appliquer contre la paroi supérieure de la cavité orbitaire qui est oblitérée. Les os du nez ont été aplatis, et ceux de la base du crâne sont réduits à une lamelle extrêmement mince. Ainsi le squelette de la face a subi une distension et une flexion lente et graduée, sans ramollissement ni résorption.

10° M. Gaubric présente un polype fibreux de l'utérus, enlevé chez une femme de quarante-huit ans, chez laquelle il existait depuis dix-huit mois, déterminant de fréquentes hémorrhagies. Ce polype était pyriforme, et comme on croyait qu'il était implanté sur la paroi latérale gauche de la cavité du col; on voulut l'exciser, après avoir abaissé la matrice. L'excision allait être faite, lorsque le polype céda et fut arraché. La malade ayant succombé à une péritonite latente, après laquelle on trouva du pus dans le bassin, mais non dans la matrice; on vit que le polype s'implantait très-haut, dans le fond même de l'organe, à l'orifice de la trompe gauche. Il était formé d'un tissu fibreux recouvert par une membrane muqueuse qui donnait naissance aux hémorrhagies. Cette disposition fait penser à M. Gaubric que l'on aurait pu peler le polype, comme l'a proposé M. Lisfranc, pour remédier aux pertes si fréquentes. Quant à l'ablation complète, le mode d'implantation doit faire rejeter l'excision et faire préférer la torsion à l'arrachement, afin de ne pas laisser un pédicule qui pourrait favoriser la reproduction du polype.

M. Pigné s'élève contre les opinions que vient d'émettre M. Gaubric; il croit dangereuses les manœuvres qu'il conseille, et ne comprend pas comment un pédicule peut reproduire un polype de cette nature, où le pédicule est formé par l'utérus lui-même. M. Gaubric n'a voulu parler que des cas où le pédicule est formé par le tissu même du polype.

M. Robert fait remarquer que les polypes de l'espèce de celui dont il s'agit sont des corps fibreux qui ne deviennent polypes que parce qu'ils se sont développés très-près de la face interne de l'utérus, qu'ils ont poussée en avant, et qui les recouvre. C'est donc sur l'utérus qu'agissent les procédés opératoires, et, par cette raison, il vaut mieux exciser que tordre.

M. Gaubric, sans nier cette disposition, objecte qu'en agissant sur le pédicule, c'est-à-dire sur la partie la plus étroite, on diminue les chances d'accidents.

M. Robert ajoute que la torsion n'est pas commode; il a en ce moment à opérer un semblable corps fibreux de la matrice dont il ajourne l'ablation dans la crainte de la péritonite qui est actuellement très-répandue, et, rappelant un cas où, comme M. Bérard, d'après le conseil de M. Amussat, il s'est borné à une simple incision, abandonnant à l'utérus le soin d'enucléer la tumeur il dit que cette fois il achèvera l'enucléation.

M. Rendu a vu deux ou trois fois, dans le service de M. Lisfranc, des accidents mortels de péritonite suivre la torsion de polypes cellulux très-petits et très-faciles à tordre.

M. Depaul ne comprend pas comment l'on peut être sûr que la surface seule du polype que l'on veut peler donnait lieu aux hémorrhagies; celles-ci venaient certainement de tous les points de l'utérus.

M. N. Gueneau de Mussy fait observer que non-seulement les corps fibreux ont des rapports vasculaires avec l'utérus, mais que de plus ils sont entourés de fibres utérines. Il demande ensuite ce que l'on a voulu dire par péritonite latente.

M. Gaubric répond qu'il y a eu simplement du malaise, avec quelques légers frissons, plénitude et fréquence du pouls, mais sans douleur de ventre.

M. Pigné n'est pas persuadé de l'impossibilité que l'on aurait pu exciser ce polype à cause de son mode d'implantation. Pourquoi

les ciseaux n'auraient-ils pas pénétré ? Quant à la nécessité de ne pas laisser de pédicule, croit-on que la torsion n'en laisserait pas, alors que la traction en a laissé ?

M. Depaul rend compte des résultats d'une opération d'abaissement, pratiquée par M. le professeur P. Dubois, sur une femme âgée de vingt-et-un ans, et qui s'est terminée par la mort au bout de huit jours. Cette femme entra à la clinique le 13 juin 1842, très-éprouvée du terme de sa grossesse. Deux jours après, elle ressentit les premières douleurs, qui durèrent toute la nuit, cessèrent dans la journée pour reparaitre la nuit suivante. Les contractions utérines ne cessèrent plus, et l'opération ayant été décidée fut pratiquée le 16 dans la soirée. Elle fut très-bien supportée. Il n'y eut ni syncope, ni hémorrhagie, ni hernie des intestins. L'état de la malade fut on ne peut plus satisfaisant jusqu'au 18 ; la plaie était presque complètement cicatrisée ; dans la soirée, le ventre devient sensible, le pouls fréquent : une saignée, pratiquée sur le champ, et quarante sangsues, ne parviennent pas à arrêter les accidents ; tous les signes d'une péritonite aiguë se prononcent ; le météorisme avait déchiré la cicatrice et une petite portion d'intestin était venue se placer entre les lèvres de la plaie. Enfin la mort survint le huitième jour après l'opération. — A l'autopsie, on ne trouva qu'une petite quantité de sérosité sanguinolente à la partie inférieure du bassin. Autour de la plaie s'étaient établies des adhérences qui la circonscrivaient, mais qui étaient assez fragiles. La plaie de l'utérus était arrondie ; il n'y avait pas de pus à la surface. À l'intérieur elle était saine, il ne présentait ni épanchement de sang, ni pus, et excepté un peu de rougeur autour de la plaie. Le point d'incision souffrait aucune altération. — Le vice de conformation qui avait nécessité l'opération consistait en un rachitisme qui avait déterminé un arrêt de développement de tous les os, excepté de la colonne vertébrale. En effet, en comparant le rachis de cette femme avec celui d'une autre femme très-bien conformationnée, et dont la taille était beaucoup plus élevée, on voit que la colonne vertébrale de la première était aussi droite et aussi longue à cet âge qu'à cet âge. Mais elle présente une diminution considérable des diamètres des différentes vertèbres, et un arrêt du développement des os. À l'âge de six ans, cette femme avait eu une maladie qui s'accompagnait de déformation des os, et rendit la marche difficile jusqu'à l'âge de dix ans. A

cette époque elle fut réglée, et sa santé se rétablit tout à fait. — L'enfant pesait cinq livres, et était plein de vie.

12. M. Livois présente un rein appartenant à une femme de quarante-huit ans, qui a succombé, dans le service de M. Rayer, à une *néphrite albumineuse chronique*. Elle était malade depuis huit mois, et affectée d'un œdème et d'une ascite considérables. Les deux reins étaient altérés, comme cela arrive toujours, et présentaient le troisième degré de la néphrite; augmentation de volume et de poids; altération de la substance corticale, qui n'offre plus de traces d'hyperhémie, ni granulations, ni plaques, mais une substance homogène, blanchâtre, calices atrophiés. Les urines ont été très-fortement albumineuses jusqu'à la mort. En même temps on trouve un cancer du clitoris et du rectum, sans qu'il y ait de rapport entre cette lésion et celle des reins.

13. M. A. Tardieu rapporte le fait suivant : Une petite fille, âgée de deux ans et demi, entre, le 20 juin 1843, dans le service de M. Guersant. Les parents, qui sont tous deux en bonne santé et n'ont pas d'autre enfant, disent que depuis trois mois elle a eu plusieurs fois des abcès dans la bouche. Elle ne s'est d'ailleurs jamais plainte, et sa santé a paru assez bonne. Elle n'a pas déperî. Au moment de son entrée, on voit à la voûte palatine du côté droit une petite tumeur ovoïde, aplatie, du volume d'un œuf de pigeon, recouverte par la muqueuse, qui n'est altérée ni dans sa coloration ni dans sa texture, et offrant une fluctuation manifeste. L'intérieur de la bouche n'est le siège d'aucune autre lésion. Les joues ne sont pas gonflées; les yeux n'ont subi aucun déplacement. Une ponction faite à deux reprises dans la tumeur n'en fait sortir que du sang qui n'est mêlé ni de pus ni d'aucune autre substance. La lancette n'avait rencontré aucune résistance osseuse, quoique s'étant enfoncée assez haut. L'enfant ne manifeste pas plus de douleur; mais deux jours après survient une gangrène de la bouche à laquelle elle succombe en quatre jours. A l'autopsie, on trouve une tumeur considérable formée d'une matière cérébriforme griseâtre, et comme fongueuse, ramollie et saignante, qui occupe les parties profondes de la face du côté droit. Toute la portion horizontale de l'os maxillaire supérieur est détruite; il ne reste de la voûte palatine que la moitié postérieure de l'os palatin dont l'apophyse montante a aussi disparu; du côté gauche, elle est

intacte. La paroi externe des fosses nasales, ainsi que les cornets inférieur et moyen, n'existent plus. La cloison n'était plus formée que par la partie cartilagineuse. Enfin, toute la portion du plancher de l'orbite située en dedans de la fente sphéno-maxillaire, avec la plus grande partie de la paroi interne, sont également détruites. de sorte que les cavités orbitaire, nasale, maxillaire et buccale, réunies, formaient une large ouverture anfractueuse remplie par un détritus ressemblant assez à de la matière encéphaloïde ramollie. La voûte des fosses nasales est perforée et la dégénérescence s'étend jusqu'au crâne; où les lobes antérieurs du cerveau sont très-superficiellement ramollis. Du côté gauche on trouve une masse beaucoup moins considérable de la même matière dans la fosse zygomatique; la paroi externe du sinus maxillaire, et la tubérosité du maxillaire supérieur sont entamées. Enfin, le maxillaire inférieur présente du côté droit la même altération qui a creusé une cavité au milieu de la réunion de la branche montante et du corps de l'os dont le bord alvéolaire est détruit dans la moitié postérieure.

14° M. Delâtre montre les *poumons* d'un homme employé comme mécanicien de machines à vapeur. Ils présentent une *coloration* noire, uniforme et générale, et des masses *mécaniques* formées par une matière qui se détache sous forme d'une poudre noire, suspendue dans le liquide que l'on exprime du poumon. Cet homme avait été amputé de la cuisse pour un phlegmon diffus.

M. Deville cite un fait semblable observé dans le service de M. Cruveilhier, et dans lequel la matière colorante a été reconnue par M. Quévenne pour du charbon.

M. Fauraytier fait remarquer que si on peut attribuer la mélanose, tantôt à une matière charbonneuse venue du dehors, tantôt à un dépôt de sang altéré, ici du moins on peut en faire la distinction. La généralité de la coloration noire prouve qu'elle n'est pas due à des dépôts de sang autour desquels, quelque nombreux qu'ils fussent, les poumons offraient ses caractères normaux.

15° M. Depaul, présente un cadavre né à peu près à terme, et qui offrait plusieurs monstruosités. D'abord une *extroversion* de la vessie; le pénis manque, mais l'on sent les testicules dans le scrotum. En arrière, au niveau de l'anus qui est imperforé, on ne voit qu'un petit tubercule comme une cicatrice. L'aorte et ses divisions sont normales; le diaphragme est bien conformé: le rein droit est

remplacé par une *poche multiloculaire* de la partie inférieure de laquelle part un prolongement qui doit être l'uretère; le rein gauche est sain. L'intestin à 1 ponce au-dessus de l'anus a contracté des adhérences avec la paroi postérieure de la vessie, il y a là une *ouverture* par laquelle s'échappaient à la fois l'urine et les matières fécales. L'enfant avait de plus *deux pieds-bots*; un *spina bifida* dans la région sacrée, et une quantité assez considérable de sérosité dans le cerveau. — Il a vécu dix jours.

M. A. Tardieu dit que ces tumeurs du rein, formées par une dilatation des bassinets et l'atrophie de la substance de la glande, ne sont pas très-rares chez le fœtus. On les a vu acquérir un volume assez considérable pour rendre l'accouchement impossible.

M. Fauraytier et M. Milcent, dans un cas d'ectrophie de la vessie, ont vu que les uretères ne versaient pas en même temps, mais alternativement, l'urine dans la vessie.

MM. Demeaux et Gosselin ont observé le contraire, et pensent qu'il n'y a rien de général à cet égard.

Dans le cas présent l'urine arrivait constamment, mais par un seul côté, ce que M. Depaul attribue à l'oblitération de l'uretère, et M. A. Tardieu à l'absence de sécrétion dans le rein droit.

16° M. *Depuisaye* communique le fait suivant : Un homme assez bien constitué, sujet depuis longtemps à des accès de goutte, ayant été saigné, le *sérum* a présenté une apparence tout à fait analogue à celle du *pne*. Ce cas n'est pas unique, et a déjà été observé spécialement chez des gouteux. L'analyse de ce *sérum* a été faite par M. *Déville*, membre de la Société, et M. *Personne*, interne des hôpitaux. En voici les principaux résultats :

Par ses caractères extérieurs, le *sérum* ressemblait à du pus épais, bien lié, d'un blanc légèrement verdâtre, d'une odeur très-désagréable, se rapprochant un peu de l'odeur de certains acides gras.

Ce *sérum*, examiné au microscope, a présenté un liquide contenant en suspension une multitude de très-petits globules, tous uniformes de mêmes dimensions, arrondis, ayant à peine le quart des globules de sang, et ressemblant par tous leurs caractères aux plus petits globules que l'on trouve dans le lait. Les globules étaient tellement nombreux, tellement agglomérés, que pour les bien examiner on était obligé d'ajouter de l'eau distillée au *sérum*, pour les isoler dans une plus grande quantité de liquide.

Une partie du sérum étant traitée par trois ou quatre fois son volume d'éther, le mélange, agité fortement, se prenait en une masse gélatinoïde renfermant tout l'éther, et ne le laissant séparer que par la compression entre des feuilles de papier joseph. L'évaporation de cet éther laissait pour résidu une matière grasse. La matière exprimée, traitée par l'eau, se redissolvait et conservait une apparence laiteuse, indice certain que toute la matière grasse n'avait pas été enlevée par l'éther. Pareille expérience faite sur du sérum de sang ordinaire n'a fourni aucun des résultats ci-dessus mentionnés.

50. grammes environ du sérum laiteux ont été évaporés à siccité au bain-marie, puis traités à plusieurs reprises par de l'éther bouillant, lequel évaporé a laissé pour résidu environ 5 à 6 grammes d'une matière grasse, jaunâtre, solide, commençant à fondre à $+ 25^{\circ}$ centigrades, et entièrement fondue à $+ 30^{\circ}$, commençant à se solidifier à $+ 22^{\circ}$, et étant entièrement solide à $+ 17^{\circ}$, entièrement soluble dans l'éther froid.

Traitée par une solution de soude caustique, cette matière grasse a fourni un savon solide, assez blanc, qui a été ensuite transformé en savon de plomb par double décomposition au moyen de l'acétate de plomb. Ce savon plombique, séché et traité par l'éther froid pour en séparer l'oléate de plomb, a laissé un résidu duquel on a extrait par l'acide chlorhydrique étendu d'eau, et porté à la température de l'ébullition, une matière grasse, solide à la température ordinaire, fusible à $+ 50^{\circ}$, soluble dans l'alcool bouillant, et se précipitant par le refroidissement.

L'oléate de plomb, obtenu par l'évaporation de la liqueur éthérée, filtré et traité de la même manière, a fourni une matière grasse, jaunâtre, très-fluide à $+ 15^{\circ}$, seule température à laquelle elle a été exposée.

51. D'après tous ces résultats, il est facile de conclure que cette matière grasse n'était formée que d'oléine et de margarine, à peu près dans les mêmes proportions que celles qui constituent la graisse humaine, ce qui est prouvé par son point de fusion et celui de sa solidification.

Quant à l'albumine, quoique sa proportion n'ait pas été déterminée rigoureusement, l'action de l'éther sur le sérum laiteux, action qui n'a pas lieu sur le sérum ordinaire, c'est-à-dire conte-

nant moins d'albumine, démontre que ce principe immédiat y était en beaucoup plus grande proportion que dans le sérum ordinaire.

En résumé, d'après l'analyse aussi complète qu'il nous a été possible de la faire par suite des mauvaises conditions dans lesquelles nous étions placés, telles que la petite quantité de liquide, son altération commençante, etc., nous concluons que le sérum de sang examiné par nous, contenait une grande quantité de matière grasse identique à la graisse humaine, et notablement plus d'albumine que n'en renferme le sang ordinaire.

17. M. Depaul rapporte le fait suivant : Une femme de trente-deux ans se présente à la clinique, pour y faire ses couches, au mois de mai dernier. Accouchée il y a treize ans, pour la première fois, très-facilement, d'un enfant très-gros, elle jouit d'une bonne santé. Le 22 mai le travail commence et dure toute la nuit sans faire de grands progrès. Il est difficile de reconnaître précisément d'abord quelle est la partie qui se présente. On sent un corps élastique, cédant sous le doigt; mais on ne saurait dire si c'est la tête; au milieu de la seconde nuit, la dilatation est complète; la tête engagée dans le bassin. Quelque violents que soient les efforts, le travail n'avance pas; comme les forces de la femme s'épuisaient et que la respiration commençait à s'embarrasser, on termine l'accouchement à l'aide du forceps. En introduisant l'instrument, on sent que l'arcade pubienne n'a pas les dimensions voulues, et que le bassin est rétréci, ce que l'on n'avait pas soupçonné à cause de la facilité du premier accouchement. — On amène un enfant mort; hydrocéphale. Une ponction donne issue à 750 gr. de sérosité jaunâtre contenue dans le crâne. — La femme succombe trente heures après la délivrance, aux accidents qui avaient paru durant le travail du côté de la poitrine. A l'autopsie, les poumons offrent un emphysème intervésiculaire des deux côtés sur la moitié inférieure. — Quant à la déformation du bassin, elle paraît postérieure au premier accouchement; elle ne présente pas les caractères des bassins viciés dans l'enfance par le rachitisme. Ceux-là paraissent écrasés et aplatis, de manière que le sacrum, au lieu d'être concave, est droit et même quelquefois bombé en avant. Il y a un arrêt de développement dans les os, si bien qu'en redressant les courbures et les déviations on n'aurait pas encore de bassin régulier, tel, au

contraire, il s'agit d'un *bassin vicié par une ostéomalacie*. C'est le premier degré de cette altération. Les crêtes iliaques semblent se redresser et s'évaser, prenant la forme en cornet signalée par Nægelé. Le sacrum est très-recourbé et sa concavité antérieure est très-exagérée. L'arcade pubienne est très-rétrécie. Le rétrécissement porte surtout sur le détroit inférieur, déformation rare, produite après les accouchements. On voit de plus que la dernière et l'avant-dernière vertèbres lombaires sont soudées.

M. Ripault (de Dijon), membre correspondant, présent à la séance, demande si le retard de l'accouchement ne dépend pas seulement du vice de conformation de la tête. Le bassin ne paraît pas rétréci.

M. Depaul ne peut admettre que le bassin soit régulier. Il a perdu 1 pouce sur le diamètre antéro-postérieur, 1 1/2 p. sur le diamètre transverse, 1 1/2 pouce sur les diamètres obliques, et plusieurs lignes à l'arcade pubienne.

M. Cazeaux reconnaît que ce bassin n'est pas tout à fait régulier; mais il ne pense pas qu'il y ait eu déformation après un premier accouchement. C'est là un bassin petit, mais devant permettre l'accouchement ordinaire dans l'immense majorité des cas. Il s'est seulement opposé au passage d'une tête disproportionnée. En un mot, rien ne prouve que la déformation soit consécutive.

M. Depaul insiste pour faire remarquer qu'il y a eu une première fois accouchement d'un enfant très-fort; que de plus il s'agit d'une espèce particulière de déformation; courbure exagérée du sacrum; redressement des crêtes iliaques, et enfin rapprochement des deux branches pubiennes. C'est bien là une déformation par ostéomalacie.

M. Cazeaux objecte encore que si le premier accouchement s'est fait tout seul, cela ne prouve pas que le bassin ait été à cette époque mieux conformé. Quant aux caractères de la déformation, ce ne sont pas ceux d'une ostéomalacie. D'ailleurs cette maladie s'accompagne de phénomènes physiologiques et pathologiques qui ont manqué ici.

M. Pigné dit que l'on n'a pas assez fixé l'attention sur la soudure des vertèbres, qui lui paraît une preuve d'une maladie des os. En effet, les vertèbres ne sont pas soudées suivant leur axe normal, et à l'âge de la malade, qui n'avait que trente-deux ans, quelle est la

cause qui pourrait avoir produit cette soudure, si ce n'est un vice du système osseux ?

18° Ont été nommés dans le second trimestre.

Membres honoraires.

MM. ROKITANSKY, profess. d'anat. path. à Vienne (Autriche)

SKODA, profess. de clinique à Vienne (Autriche).

Membre titulaire.

M. FAURAYTIER, interne des hôpitaux.

Membres adjoints.

MM. DE CASTELNAU, int. des hôp. MM. TRIGOU, int., des hôpitaux.

DEGUISE, *id.* GAUGHER, *id.*

DEVILLE, *id.* BODINIER, *id.*

FERRA, GELEZ, *id.*

THIBAUT, GUITTON, ex-int. des hôp.

Membre correspondant.

M. SCHULTZ, de Reyel (Russie).

Rétrécissement et imperforation congénitale de l'intestin grêle dans le milieu de sa longueur.

Observation recueillie par M. THORE, interne des hôpitaux.

Chapelain (Marie), fille, née le 8 mars 1842, a été déposée le lendemain à l'hospice des Enfants-Trouvés. Dès le premier jour, on s'aperçoit qu'elle n'a pas rendu de méconium, et qu'elle a des vomissements formés par un liquide jaunâtre. On soupçonne une imperforation du rectum; on administre un lavement, qui pénètre facilement et n'est point rendu. L'enfant est d'ailleurs vigoureuse, bien constituée, ses chairs sont fermes et rosées, son cri est fort et peu fréquent; elle avale très-bien le lait qu'on lui donne, elle ne paraît point souffrir, sa figure est calme et sans rides (bains et lavement émol.). Même état jusqu'au 12 mars. Elle a eu, dans les vingt-quatre heures, deux vomissements formés d'un liquide jaune qui salit encore sa joue droite, elle est pâle, plus affaissée que les jours précédents; l'abdomen est tendu et sonore, un peu douloureux à la pression. On pratique le toucher rectal, et il est impossible de reconnaître le moindre obstacle. L'intestin a sa capacité à peu près ordinaire; le doigt est recouvert d'un peu de mucosité verdâtre.

13. Légère amélioration : point de vomissements dans la journée; l'enfant est calme, respire paisiblement, et ne donne aucun signe de souffrance; plusieurs cuillerées de lait ont été avalées sans hoquet ni nausée. Absence complète de selle; ventre tendu, sonore, et plus volumineux que les jours précédents.

14. Pas de vomissements.

15. Elle a vomi deux fois dans la nuit précédente. La matière des vomissements est toujours la même. Un lavement huileux a été administré sans résultat aucun. L'abdomen est très-volumineux, et fait une saillie considérable

à l'épigastre, et déborde la base du thorax qui est elle-même très-élargie; il est partout sonore. La respiration ne paraît pas notablement gênée par le refoulement du diaphragme. Sommeil paisible.

16. Les vomissements continuent avec la même fréquence : la tension et le volume du ventre augmentent encore; la respiration devient pénible, la poitrine est sonore, et le murmure respiratoire s'entend bien.

18. Mêmes symptômes; affaissement, dyspnée, expression de souffrance et d'anxiété, ventre très-distendu. La peau se refroidit, la face devient pâle et la mort survient à deux heures de l'après-midi.

Autopsie faite le 19, à dix heures du matin.

Habitude extérieure. Taille, quarante-neuf centimètres, ses joues sont colorées par le liquide jaune des vomissements; pas d'amaigrissement bien prononcé, excepté à la face; le ventre est très-volumineux, sonore, sa circonférence est de trente-trois centimètres.

Cavité abdominale. Lorsque l'abdomen a été ouvert, il semblait totalement rempli par une seule anse intestinale énormément dilatée. On aurait pu croire au premier abord que cette portion représentait tout le tube digestif; mais en la soulevant, on trouvait derrière elle un petit peloton refoulé sur les côtés de la colonne vertébrale, formé par le reste de l'intestin, notablement rétréci.

Cette anse dilatée commençait à la fin du duodénum qui avait, ainsi que l'estomac, conservé ses proportions ordinaires, et n'était pas dilaté. Elle était remplie, en grande partie, par des gaz inodores et par un liquide jaune, assez épais, qui s'est écoulé en grande quantité; elle repoussait très-haut le diaphragme dans la poitrine.

A soixante-dix centimètres du pylore, cette anse se rétrécissait brusquement; dans ce point existait une légère saillie formée par une sorte de valvule circulaire qui n'obturait que fort incomplètement la cavité de l'intestin.

Celui-ci, incisé au-dessous du rétrécissement et développé, ne présentait plus qu'une largeur de un centimètre, tandis qu'au dessous il en avait cinq ou six.

Cette partie déjà rétrécie subissait un peu plus loin un second rétrécissement très-brusque, et était réduite à un petit cordon qui égalait à peine le volume d'un gros fil, et était complètement oblitéré. Les recherches faites avec les instruments les plus déliés n'ont pu y démontrer l'existence du canal. Ce cordon imperforé avait une longueur de deux centimètres; le mésentère s'y attachait, et était disposé comme à l'ordinaire, et avait l'aspect et la coloration du reste de l'intestin. A partir de ce point, l'intestin grêle reprend le volume qu'il avait au-dessus, et le conserve jusqu'à l'anus sans différence pour le gros intestin et le cœcum dont l'appendice est bien prononcé.

La longueur totale de l'intestin grêle du pylore au cœcum est de un mètre cinquante-trois centimètres.

Il est complètement vide; à peine existe-t-il dans quelques points une couche de mucus jaunâtre, nulle part de méconium. La muqueuse gastro-intestinale, pâle, légèrement rosée et d'assez bonne consistance. Aucun indice de péritonite.

Les *poumons* sont sains.

Le *cœur* contient quelques caillots blanchâtres dans ses cavités droites. Le trou de Botal est fermé par une valvule blanchâtre et résistante. Le canal artériel a une longueur de huit millimètres, et ses parois sont très-épaissies.

Le *foie* est de couleur brunâtre et de bonne consistance.

La *rate* ainsi que les reins à l'état ordinaire

Ramollissement de la moelle épinière, suite de l'action de la foudre.

Observation recueillie par M. TRICOU, interne des hôpitaux.

Au n° 4 de la salle St-Julien (Hôtel-Dieu) est entré, le 11

février, un homme âgé de 29 ans, journalier, nommé Guéret Iyon. Il porte des cheveux noirs, une barbe brune. Il est amaigri ; on ne peut obtenir de lui de renseignements ; il délire. La femme qui l'a accompagné à l'hôpital rapporte que, depuis sept mois et demi qu'il est sorti du même service où il a été traité pour une paralysie des membres inférieurs, il a pu se servir pendant quelque temps après sa sortie de ses membres inférieurs, quoique imparfaitement ; que la faiblesse de ses membres l'avait de nouveau réduit à l'impotence ; et qu'enfin le malade était tombé dans le délire depuis deux jours.

Cet homme, examiné le premier jour de son entrée, à la visite du soir, a la peau un peu chaude ; le pouls marque 90 ; la face est injectée ; les yeux sensibles à la lumière ; la pupille se resserre, à l'approche d'une lumière ; mais elle se dilate lorsqu'on éloigne cette lumière. Le malade agite sans cesse les bras. Interrogé, il montre cependant la langue qui présente un peu de sécheresse ; mais il se croit chez lui, à sa fenêtre. Il peut se tenir sur son séant et s'y mettre avec quelque difficulté. La respiration n'est ni accélérée, ni gênée. Auscultée, la poitrine n'offre rien de morbide, ni du côté des poumons, ni du côté du cœur.

Ses membres inférieurs sont immobiles, pincés tous deux très-fortement, ils finissent par être mus partiellement et très-faiblement. Le malade laisse échapper les matières fécales et les urines. (Saignée de 3 pal. Sinap. aux pieds.)

Le 12, à la visite du matin. — Pendant la nuit, agitation telle que l'infirmier a été obligé de l'attacher par les bras. Même état du reste que la veille (vent. scarif. derrière les oreil. Vésic. à la nuque). M. Guillot, chef de service, en remplacement de M. Jadioux, et la sœur, reconnaissent ce malade, qui sept mois et demi auparavant avait fait un séjour de trois mois dans le même service. M. Guillot me fit part des circonstances antécédentes relatives à ce malade. Gardien d'un moulin, il vit la foudre tomber à quelque

distance de lui, éprouva des vertiges et tomba. Dès ce moment, il eut un affaiblissement très-grand des membres inférieurs, qui datait de quatre mois lorsqu'il se présenta la première fois à l'hôpital. M. Guillot n'a pu éclaircir un point important, savoir si le malade est tombé par suite de la paralysie des membres ou des vertiges seulement; car, dans ce dernier cas, la paralysie des membres inférieurs pourrait ne tenir qu'à la commotion produite par la chute sur les ischions. Quoi qu'il en soit, le malade avait été traité pendant son premier séjour à l'hôpital par des bains de Barèges, par la strychnine, qui ne produisirent aucun effet. Alors il fut fouetté avec des orties, et ce moyen le mit en état de marcher un peu.

13 février. Pas de chaleur à la peau; pouls à 75. Agitation moins marquée; pincés, les membres supérieurs se retirent, tandis que les inférieurs restent immobiles; à moins qu'on ne pince avec beaucoup de force. Les pupilles ne sont ni resserrées, ni dilatées notablement. La langue est humide et blanchâtre. Il n'y a pas de toux, et l'auscultation ne montre rien de malade dans la poitrine.

13 au soir. Le malade est complètement étranger à tout ce qui se fait autour de lui; il ne répond pas aux questions qu'on lui adressé. Les malades disent qu'il a été agité dans le courant de la journée. Les membres supérieurs ne présentent ni rigidité, ni résolution. Il laisse échapper sous lui les matières fécales et les urines (Vésic. aux cuisses.)

Le 14 au matin mort à 8 heures.

Autopsie, faite le 15 à 9 heures du matin.

Le cadavre couché sur le ventre et tendu sur un billot, le rachis est ouvert dans toute son étendue avec le rachiotome. La calotte crânienne est détachée par le marteau avec soin. La dure-mère crânienne est injectée. Coupée d'avant en arrière de chaque côté du sinus longitudinal et détachée de son adhérence à l'apophyse crista-galli, elle est renversée d'avant en arrière: les veines de la surface

cérébrale sont distendues par le sang. Les parois de la cavité arachnoïdienne sont lisses et ne contiennent ni sérosité ni fausses membranes, ni pus. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien n'en contient pas non plus. Mais il est rouge, injecté, ainsi que la pie-mère dont les prolongements entre les anfractuosités sont fortement injectés. La pie-mère se détache aisément de la surface, cérébrale qui présente cependant dans la partie la plus superficielle un ramollissement assez prononcé.

L'encéphale a été retiré de la base crânienne en procédant avec soin d'avant en arrière. La dure-mère rachidienne ne présente pas à l'extérieur d'injection notable. Incisée dans toute son étendue avec des ciseaux à pointes mousses, sa surface interne n'est ni injectée, ni ternie; pas d'épanchements d'aucune nature entre les parois de la cavité de l'arachnoïde spéciale, non plus qu'entre le feuillet viscéral de l'arachnoïde et l'enveloppe propre de la moelle. La moelle a été détachée de haut en bas et retirée du canal médullaire entourée de son enveloppe propre. Le centre cérébro-spinal étalé sur une table, j'ai coupé le cerveau par tranches qui ont présenté un sablé bien prononcé, sans ramollissement. Les ventricules latéraux ne contenaient qu'une cuillerée de sérosité limpide; leurs parois étaient lisses et sans ramollissement; leurs veines étaient injectées. Le reste du cerveau coupé en tous sens n'a présenté que du sablé.

La protubérance était saine dans toutes ses parties. L'enveloppe propre de la moelle n'est pas épaissie, ni ramollie; elle présente seulement des vaisseaux tortueux, injectés. Coupée longitudinalement à l'aide d'un bistouri bien tranchant, elle laisse voir la moelle épinière ramollie et diffluente dans les trois quarts inférieurs; le quart supérieur était d'autant plus sain qu'on s'élevait davantage vers la protubérance, tandis qu'à la jonction de la portion cervicale avec la portion dorsale, à partir du rétrécissement qui

sépare ces deux portions, le ramollissement commence, non pas d'une manière brusque, mais d'une manière assez prononcée pour devenir évident, et diminue trois à quatre centimètres plus bas. Ce ramollissement est prononcé dans toute l'épaisseur de la moitié inférieure de la moelle. Il est blanc, laiteux, crémeux, sans rougeur, et ne semble pas contenir du pus.

Les autres viscères n'ont rien présenté de particulier.

Hernie inguinale. Étranglement d'une anse intestinale par le collet d'un sac formant une large cavité dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Observation recueillie par M. Bouanon, interne des hôpitaux.

Lavielle âgé de 35 ans charretier, d'une constitution athlétique, portait une hernie inguinale gauche depuis un temps indéfini. Elle avait le volume d'un œuf de poule et rentrait facilement et complètement en faisant entendre du gargouillement; jamais elle n'avait été maintenue par un bandage; aussi de temps en temps produisait-elle des coliques légères et quelques troubles dans les digestions. Jusqu'à présent ce sont les seuls accidents qu'elle ait occasionnés.

Le 9 avril 1842, vers 9 heures du matin, sans cause connue, la tumeur devient douloureuse et irréductible. Bientôt il survient une douleur vive dans le côté gauche du ventre, des rapports, des nausées suivies de vomissements muqueux, amers, et du hoquet. Un médecin mandé fait de vaines tentatives pour obtenir la réduction; il prescrit un lavement simple qui provoque une selle solide et diminue un peu les souffrances. La nuit suivante se passe sans que le malade puisse prendre le moindre repos, et le lendemain, les accidents s'aggravant, il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, numéro 43 (service de M. Denonvilliers, remplaçant M. le professeur Roux).

Il était dans l'état suivant : abattement général, face assez colorée, rapports, nausées, vomissements bilieux, hoquet, constipation, douleur de tout le ventre, mais plus intense à gauche, météorisme avec légère tension des parois abdominales. Pouls fréquent, peau chaude. ~~Sur le scrotum~~, du côté gauche, on trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, compacte, sans élasticité, d'une forme assez régulièrement sphérique et sensible à la pression; elle remonte jusqu'à l'anneau inguinal, dans lequel on la sent se prolonger; percutée, elle donne un son mat; la peau qui la recouvre ne présente aucun changement de couleur. On applique de la glace sur la tumeur et on fait prendre au malade un bain et deux lavements de tabac qui sont rendus seuls. Alors on essaye le taxis et on parvient à réduire la tumeur de plus de moitié. Pendant les efforts qui sont ménagés, on entend un peu de gargouillement. Après cette réduction incomplète, la portion qui reste en dehors est molle et pâteuse comme l'épiploon, et l'anneau inguinal est assez libre pour permettre l'introduction du doigt. On applique un spica de l'aine bien serré. Après l'opération, le malade n'est pas soulagé et passe la nuit sans sommeil.

Le 11, à la visite, la fièvre est intense; les douleurs abdominales ont augmenté, ainsi que tous les symptômes généraux d'étranglement; les vomissements sont bilieux et renferment des matières fécales délayées. La tumeur s'est reproduite en grande partie; elle est grosse comme un œuf de pigeon et présente les mêmes caractères que la veille.

On tente de nouveau la réduction qui ne réussit qu'incomplètement et on observe qu'aussitôt qu'on cesse de presser sur la petite partie qui reste au dehors, la tumeur se reproduit. Pendant la sortie comme pendant l'entrée de la hernie on croit entendre un léger gargouillement.

On pratique immédiatement l'opération suivant les règles de l'art, et en faisant remonter l'incision jusqu'à 2 ou 3 millimètres au-dessus de l'anneau inguinal. Le sac herniaire étant ouvert; on y trouve un paquet assez volumineux d'épiploon légèrement tanné, d'une couleur un peu ardoisée, mais ne paraissant nullement étranglé. On le réduit facilement sans être obligé de débrider. Alors on introduit le doigt dans l'anneau et on arrive dans une cavité libre de toutes parts, à parois lisses et polies; seulement, le bout du doigt sent profondément une masse pâteuse, molle. On constate que l'épiploon n'a contracté aucune adhérence dans le sac. Après la réduction, on reconnaît la présence d'une tumeur profonde derrière la paroi abdominale; au-dessus du ligament de Fallope; elle est sensible à la pression, et donne un son mat quand on la percute. On panse la plaie simplement, et on applique un spica.

Après l'opération, le malade dit qu'il n'est nullement soulagé (limon. 3 pots; potion calm. Diète).

Le soir, il n'y a aucune amélioration: la langue est sèche, rouge sur les bords et à la pointe, la réaction fébrile intense, et le pouls concentré; il n'y a pas eu de selle. (Saignée de 400 grammes. Eau de veau avec sulf. de soude 30 grammes.)

Le lendemain 12, tous les symptômes persistent: il y a une malaise général très-considérable, la face commence à s'altérer. On examine la plaie; on trouve dans le sac, sur la paroi postérieure du sac un peu soulevée et recouvrant une petite tumeur résistante; on incise couche par couche, et on arrive dans l'épaisseur du cordon testiculaire volumineux, mais sain; on ne trouve pas là le siège d'un étranglement. (50 sangsues sur le ventre; bain, lav. purg.)

Le soir, le pouls est intermittent, et le malade a le pressentiment de sa mort; même état du reste.

Le 13, le lavement a provoqué une selle liquide contre

nant des matières fécales ; le malade a rendu quelques gaz par l'anus ; tous les symptômes sont un peu amendés. On note que la tumeur profonde du ventre existe encore. Le pansement de la plaie est maintenu par un simple bandage. (Eau de veau sulf. de soude 30 gramm. lavem. purg. bain).

Le soir, vers 8 heures, il y a de vives douleurs vers la plaie ; on dépanse et on trouve l'épiploon ressorti et dans le même état qu'au moment de l'opération. On le laisse au-dehors en le recouvrant d'un linge cératé. On constate que les anses intestinales se dessinent à travers les parois du ventre, par des saillies partielles et très-prononcées.

Les jours suivants, les vomissements ne sont plus stercoraux, mais ils sont très-abondants et porracés ; il n'y a pas de selle ; il survient de la rétention d'urine, et tous les accidents vont en s'aggravant. L'épiploon se flétrissant on en coupe environ la moitié. La plaie a mauvais aspect ; elle est couverte d'une matière sanieuse et fétide. On prescrit de la glace à prendre par petits fragments, et on donne successivement et sans résultat, l'huile de ricin, le calomel, l'huile de croton ; on fait faire des frictions napolitaines à haute dose sur le ventre. On pratique le cathétérisme.

Enfin la physionomie s'altère de plus en plus, le tour des yeux s'excave, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit, misérable, insensible, la voix s'éteint ; il survient un affaïssissement extraordinaire, et le malade meurt le 26 A. 6 heures du matin, 10 jours après l'opération, 12 après l'invasion des premiers accidents.

A l'autopsie, faite 36 heures après la mort, on rencontre dans la plaie du scrotum une portion d'épiploon longue de 3 à 4 centimètres flétrie, raccornie et noirâtre. On dissèque de dehors en dedans la paroi antérieure du canal inguinal, et après avoir incisé la peau, le fascia superficialis et l'aponévrose du grand oblique, qu'on trouve doublée par le péritoine, on arrive dans une cavité pouvant contenir facilement un gros œuf de poule. Elle fait saillie dans le ventre

et communique avec lui par une ouverture arrondie, d'un centimètre de diamètre, dans laquelle se trouve étreint l'épiploon hernié et au-dessous de lui une anse intestinale. Cette cavité offre en avant et en dedans une autre ouverture de deux centimètres de diamètre, qui est l'anneau inguinal. Il est éloigné de l'orifice interne dont je viens de parler d'environ 6 centimètres. La paroi postérieure de la cavité anormale est constituée, d'avant en arrière, par le péritoine qui constitue le sac herniaire, par le fascia transversalis et enfin, une seconde fois, par le péritoine pariétal de l'abdomen. L'artère épigastrique monte sous ce feuillet séreux, en dedans de l'orifice interne. Cette paroi postérieure est épaisse de 5 à 6 millimètres; le tissu cellulaire qui entre dans sa composition est hypertrophié et induré.

Maintenant, si on examine du côté du ventre la saillie que forme la cavité, on remarque qu'elle représente une demi-sphère de 7 à 8 centimètres de diamètre, accolée à la face postérieure de la paroi abdominale. Sa partie inférieure, qui est la plus saillante, est appuyée sur la fosse iliaque et s'étend en arrière jusqu'au point où le tiers antérieur de cette fosse se réunit avec le tiers moyen. A ce niveau, on observe de nombreuses adhérences cellulofibreuses assez résistantes qui fixent le péritoine de la fosse iliaque à celui de la tumeur. Celle-ci, à sa partie externe, forme, avec la paroi abdominale, un angle presque droit; un peu à gauche, et en bas de son centre, on aperçoit l'orifice interne décrit précédemment et les parties qui y sont engagées. J'ai dit déjà que c'était de l'épiploon et une anse intestinale. On les examine attentivement, et on constate que la portion épiploïque herniée est l'extrémité du grand épiploon qui descend au-devant de la masse des intestins grêles. Elle est fixée à la partie supérieure de l'orifice abdominal par des adhérences fibreuses, anciennes et très-résistantes. Dans ce point, l'épiploon a une couleur brune. Par

sa face inférieure, il est en rapport avec l'anse intestinale herniée qu'il cache complètement et avec laquelle il est uni faiblement par quelques concrétions pseudo-membraneuses.

Cette anse intestinale, longue d'environ 5 centimètres, a une couleur feuille morte, livide; elle a perdu son élasticité, sa résistance. Elle offre un enfoncement circulaire, une dépression très-marquée au niveau de l'étranglement. On peut constater que celui-ci porte sur presque tout le calibre de l'intestin et qu'une largeur de 1 centimètre seulement est restée libre. La partie étranglée est adhérente au collet du sac, et si on veut l'en séparer en tirant faiblement, on déchire l'intestin dans plusieurs points, la tunique péritonéale, très-altérée étant seule pour soutenir l'effort; alors on voit s'écouler une certaine quantité de matière jaunâtre délayée qui remplissait l'anse herniée. La membrane muqueuse correspondante est d'un rouge brun, et ramollie, et les valvules conniventes y sont nombreuses. Cette anse appartient à une portion assez élevée de l'intestin grêle.

La partie du tube digestif qui correspond au bout supérieur est dilatée; elle renferme des matières fécales liquides et abondantes et présente des traces de phlogose. Celle qui répond au bout inférieur est revenue sur elle-même; elle est vide et offre à peine quelques arborisations rouges.

Dans la cavité abdominale, il n'y a pas le moindre épanchement, mais le tissu cellulaire sous-péritonéal, tant sur les parois du ventre que sur les viscères, est d'un rouge foncé et fortement injecté. Le paquet des intestins grêles est fixé à la paroi abdominale, au-dessus du pubis et au voisinage de la hernie, par des adhérences pseudo-membraneuses récentes et faciles à rompre. Il existe, de plus, sur la fosse iliaque gauche, des brides fibreuses nombreuses, très-résistantes et anciennes, qui s'étendent du feuillet externe du méso-colon iliaque à la partie inférieure de la tumeur que j'ai décrite. Des brides tout à fait analogues se

remarquent sur le feuillet interne du même mésocolon, et descendent en convergeant vers l'excavation pelvienne.

La vessie est fortement revenue sur elle-même, mais elle est saine.

La face interne du canal de l'urèthre présente des traînées rouges sur sa paroi inférieure, au-devant du verumontanum qui est très-développé.

Enfin il y a dans le scrotum, du côté droit, un sac herniaire complètement vide, et dont le collet laisse pénétrer facilement le doigt jusqu'au dessous de l'anneau inguinal.

On ne trouve dans les autres organes aucune lésion notable.

L'observation que je viens de citer donne une nouvelle preuve que les hernies ne se ressemblent jamais complètement et que le chirurgien le plus habile, le plus expérimenté, peut rencontrer tous les jours de nouvelles difficultés dans le diagnostic et pour le traitement de ces affections. Ainsi, dans le fait précédent, la cause de l'étranglement n'a pu être découverte qu'à l'autopsie cadavérique. Lorsqu'on a opéré la hernie, le doigt, introduit dans l'anneau inguinal est arrivé facilement dans une cavité large, libre de toutes part, présentant une surface lisse et polie, et on a cru être dans l'abdomen. Seulement, profondément, l'extrémité du doigt explorateur rencontrait une masse immobile et offrant une sensation de mollesse. Cette circonstance, et la présence d'une tumeur profonde qu'on sentait au travers de la paroi abdominale, derrière l'anneau inguinal, donnèrent bien quelque inquiétude; mais la situation de cette tumeur hors de la portée du doigt empêcha de reconnaître la disposition anatomique des parties, et ne permit pas de distinguer le collet du sac, siège de l'étranglement. Force fut donc d'attendre l'événement. Bientôt la persistance des accidents vint faire soupçonner un étranglement interne intra-abdominal.

Fallait-il alors fendre la paroi du ventre pour s'assurer de

l'état des parties situées derrière elle ? Cette opération parut trop grave pour être pratiquée ainsi au hasard ou du moins sans indication bien positive. On se contenta de s'assurer qu'il n'y avait pas dans le scrotum un second sac derrière le premier. Après cette dernière recherche infructueuse, on se livra à toutes sortes de conjectures sur la cause de la persistance des accidents. On se laissa aller à l'idée qu'ils pouvaient être dus à une violente inflammation intestinale, les vomissements ne renfermant plus de matières stercorales, ou à l'obstruction du tube digestif par des caillots contenus dans une anse herniée et réduite. On aimait à s'abandonner à ces hypothèses, parce qu'elles laissaient au malade quelque chance de guérison. Mais les symptômes devinrent de plus en plus graves, et la mort arriva dix jours après l'accident.

La cavité dans laquelle le doigt pénétrait et se trouvait tout à fait libre n'était autre chose que le sac très-distendu dans l'épaisseur des parois abdominales, entre les deux orifices du canal inguinal. Dès lors on se rend parfaitement compte de toutes les particularités qu'a présentées cette hernie. On comprend pourquoi dans le taxis la partie herniée ressortait facilement, puisqu'elle n'était que repoussée dans le sac, sans être réellement réduite ; on conçoit aussi pourquoi, après l'opération, on sentait l'épiploon dans le fond de cette cavité anormale, et pour quelle raison on reconnaissait une tumeur dans le ventre, derrière l'anneau inguinal et profondément. Enfin tout s'explique par cette disposition extraordinaire du sac herniaire, disposition dont je n'ai trouvé aucun exemple dans les auteurs et qui était si bien faite pour en imposer au meilleur observateur.

Maintenant est-il possible d'expliquer la formation de cette cavité de cette dilatation intra-pariétale du sac herniaire ?

Quand on réduit en même temps des parties herniées et leur sac, on décolle le péritoine de la paroi abdominale, on le fait proéminer dans la cavité du ventre, et on produit

une tumeur intra-abdominale qui ressemble un peu à celle dont il est ici question ; mais d'abord chez notre malade on n'a pas refoulé le sac, puisqu'on l'a incisé dans le scrotum où il était très-adhérent, et ensuite la paroi postérieure de la cavité intra-pariétale avait, dans son épaisseur, le fascia transversalis, ce qui ne se présente jamais dans le cas de réduction de hernie en masse. D'ailleurs les adhérences solides établies entre le péritoine de la fosse iliaque et celui qui tapissait la paroi abdominale au niveau de la tumeur, prouve que la formation de celle-ci remontait à une époque antérieure à l'étranglement.

Si le malade avait porté un bandage, en supposant que la pelotte de celui-ci n'ait pressé que sur l'anneau inguinal au lieu de comprimer tout le canal, comme cela arrive souvent, on pourrait penser que, dans des efforts violents et fréquents, les organes du ventre s'introduisant dans le canal inguinal et le pressant dans tous les sens, l'auraient distendu. Mais nous avons dit plus haut que la hernie n'avait jamais été maintenue par un bandage et dans tous les cas, la dilatation du canal par le mécanisme que je viens d'indiquer ne se comprendrait pas bien sans la dilatation du collet du sac.

Enfin les brides solides, fibreuses, tendues entre le méso-colon iliaque et le péritoine de la paroi postérieure du canal inguinal, auraient-elles joué un certain rôle dans la production de la cavité en tirant cette paroi en arrière ? Cela est possible ; mais je ne pense pas que cette traction puisse expliquer d'une manière satisfaisante, la dilatation considérable du sac herniaire dans le canal inguinal, disposition remarquable, sur laquelle je désire appeler l'attention des anatomo-pathologistes.

Extrait du rapport de M. GOSSELIN sur l'observation précédente.

... Un étranglement à l'orifice abdominal du canal in-

guinal est chose aujourd'hui bien connue ; les observations de plusieurs chirurgiens modernes , et particulièrement celles d'A. Cooper et de M. Velpeau , l'ont mis hors de doute ; vous comprenez qu'en pareil cas l'opération ordinaire est insuffisante , et qu'il faut , pour leur étranglement , fendre la paroi antérieure du canal , et débrider au niveau de l'anneau supérieur ; or voici comment le chirurgien peut alors être mis sur la voie pour compléter ainsi son opération : il trouve dans la partie scrotale du sac un portion d'épiploon ou d'intestin , débride au niveau de l'anneau externe , et cherche à réduire ; il s'aperçoit alors d'une résistance considérable , et s'il parvient à obtenir cette réduction , il voit que le trajet du canal inguinal est soulevé , et que les parties redescendent dans le scrotum aussitôt que la pression cesse ; puis le doigt porté dans l'anneau peut sentir l'orifice supérieur rétréci , et cela d'autant plus facilement que l'existence de la hernie a le plus souvent rapproché les deux anneaux l'un de l'autre .

Or voyez comme dans le fait qui nous occupe toutes ces circonstances ont manqué , et comme tout semble avoir été combiné pour induire le chirurgien en erreur : d'abord la réduction de l'épiploon est obtenue facilement , et se maintient pendant un certain temps ; puis le trajet du canal inguinal ne se trouve pas soulevé , parce que d'une part il proémine plus du côté de l'abdomen que du côté des téguments , et parce que d'autre part la dilatation du sac était plus que suffisante pour loger les parties déplacées ; rien donc ne pouvait faire supposer l'existence d'un étranglement plus haut ; mais , en outre , le chirurgien a la précaution d'explorer avec le doigt porté par l'anneau , et le doigt ne rencontre pas l'orifice supérieur ; car le canal est très long , les deux orifices sont restés éloignés l'un de l'autre , plus éloignés peut-être que dans l'état normal ; puis enfin la cavité du sac est tellement spacieuse qu'on croit être arrivé dans le ventre ; on sent bien à la partie

supérieure quelque résistance, mais on peut la croire apportée par les organes abdominaux eux-mêmes.

Ainsi ce qui a été cause de l'erreur, et ce qui donne à cette observation un intérêt particulier, c'est la dilatation considérable du canal inguinal et de la portion du sac qu'il renfermait. Comment donc cette disposition s'est-elle produite ? M. Bourdon a cherché à l'expliquer, et il n'y est point parvenu. Il est, en effet, difficile des'en rendre compte d'une manière parfaitement satisfaisante ; pour moi, voici comment les choses me paraissent s'être passées. — La hernie est restée longtemps *intra-inguinale*, c'est-à-dire a séjourné longtemps dans le canal avant d'arriver dans le scrotum ; il est vrai, et c'est là ce qui embarrasse M. Bourdon, que le malade n'a point porté de bandage, et qu'ainsi on ne voit pas ce qui a pu empêcher la descente dans le scrotum. Mais la résistance de l'anneau inguinal est assez grande chez certains sujets pour apporter à cette descente un obstacle longtemps prolongé. Les parties déplacées ont donc pu dilater considérablement le trajet du canal où elles séjournèrent, et avec lui le sac herniaire, puis un moment est venu où l'épiploon est enfin arrivé seul dans le scrotum. Maintenant, comme la hernie rentrait et sortait facilement, peut-être à certains moments ne descendait-il pas une quantité d'organes abdominaux aussi grande qu'il l'aurait fallu pour remplir complètement ce sac dilaté, et ceci expliquerait comment, au moment de l'opération, on a pu y faire rentrer sans peine un peu d'épiploon, et comment cette réduction incomplète ne le remplissant pas et ne le distendant pas, le doigt a pu trouver encore assez de place pour s'y mouvoir librement.

Hydatides dans divers organes.

Observation recueillie par M. NEUCOURT, interne des hôpitaux.

Turpin (Marie), âgée de soixante et quelques années, est

entrée depuis un an à la Salpêtrière, section des indigentes. D'après les renseignements pris dans le dortoir où elle se trouvait, cette femme était sujette à une oppression habituelle. Elle toussait habituellement peu; son teint était jaunâtre et maladif; son caractère triste.

Son appétit était très-peu marqué : elle préférait les légumes aux viandes, à ce qu'affirme la femme chargée de la distribution des vivres. Il lui arrivait assez souvent d'avoir des digestions pénibles, et quelquefois même des vomissements, mais cela paraît avoir été fort rare. Du reste, elle était d'une sobriété remarquable. Depuis un an environ qu'elle est à la Salpêtrière, elle n'a pas eu d'ictère. Les selles paraissent avoir été généralement normales : du moins on n'obtient que des renseignements vagues à ce sujet.

Cette femme était remarquable par le volume de son ventre. Elle éprouvait une douleur habituelle dans le flanc droit, et si on venait à appuyer par mégarde sur cette région, elle se plaignait vivement. Elle accusait un sentiment de ballottement dans le ventre, et disait y sentir manifestement des grosseurs.

Elle se plaignait de palpitations très-fortes et habituelles; les jambes avaient été enflées à plusieurs reprises.

Tel était l'état de santé de cette femme, lorsque, dans la nuit du 12 au 13 janvier, elle fut prise d'un point de côté et d'un frisson très-violent. Le 14, on la fait passer à l'infirmerie, et à la visite du soir, on la trouve dans l'état suivant : Dyspnée très-intense, face jaune-paille très-marquée, pas d'expectoration : difficulté extrême de parler, à cause de la dyspnée qui menaçait la malade de suffocation. Pouls fréquent et irrégulier. Respiration bronchique dans toute la goutt. vertébr. du côté gauche : matité dans cette portion; râle sous-crépitant à la base des deux poumons; râle muqueux et ronflant dans le reste de la poitrine. On pratique une saignée du bras.

Le 14 au matin : la saignée est coenueuse. Pas d'expectoration. Même état que la veille. On prescrit une seconde saignée et une potion stibiée à 30 centigrammes.

L'état de la malade va en empirant, le jour suivant, et elle expire dans la nuit du 15 au 16.

Autopsie faite trente-six heures après la mort, par une température de 0 degré.

Femme fortement constituée et d'assez grande taille. Coloration un peu rosée de toute la face : roideur cadavérique assez prononcée. Abdomen développé, mais ne présentant pas de saillie anormale. Pour arriver sur les muscles de l'abdomen, on est obligé de couper une couche de tissu grasseux de deux centimètres d'épaisseur, au moins. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un jet de liquide transparent et incolore : toutefois il n'y avait qu'un verre de sérosité, au plus, dans cette cavité. Les intestins remplissent très exactement la cavité de l'abd. Au-dessus du pubis, on remarque une tumeur de huit centimètres de diamètre transversalement sur quatre centimètres d'avant en arrière, et ayant son siège dans l'épiploon : cette tumeur donne lieu à une fluctuation manifeste.

Poumons. — Le gauche est emphysémateux au sommet : au centre du lobe supérieur, on trouve un point de la grosseur d'une noisette, rempli complètement par une substance blanche un peu noircie dans quelques points, et ayant une très-grande ressemblance avec de la bouillie de plâtre un peu épaisse. Cette altération est entourée par de la matière noire en petite quantité. On ne trouve pas de rameau bronchique qui y aboutisse : notons, toutefois, que cette dernière recherche n'a pas été faite avec tout le soin qu'on pourrait désirer. Tout le lobe moyen et une partie du lobe supérieur sont convertis en un tissu dense, se précipitant, au fond de l'eau, d'un rouge foncé mêlé de points déjà blancs, offrant, en un mot, l'altération du poumon

qui caractérise le passage du deuxième au troisième degré de la pneumonie.

Plèvres à l'état normal.

Bronches d'un rouge lie de vin dans toute leur étendue, un peu épaissies, ossifiées à leurs dernières ramifications. Elles sont remplies par un mucus spumeux d'un rouge sale.

Au moment où on incise pour enlever les poumons, on voit jaillir sous le scalpel un liquide transparent, incolore ou très-légèrement jaunâtre. Ce liquide provient d'un kyste qui se trouve à la base du poumon du côté droit : le liquide ne contenait pas d'hydatides.

Ce kyste a environ 15 centimètres d'avant en arrière et 5 dans sa plus grande largeur. Mais sa direction n'est pas rectiligne, car arrivé en avant, au moment où il quitte le poumon, il se contourne de gauche à droite, de manière à ce qu'une partie rétrécie soit située entre le poumon en haut et d'autres kystes en bas, sans adhérer aux uns et aux autres autrement que par un tissu cellulaire lâche. Toute cette cavité est remplie par une poche, une hydatide unique dans l'intérieur de laquelle se trouvait le liquide que nous avons dit s'être échappé à la suite de l'incision ; cette hydatide n'est nullement adhérente, mais simplement accolée aux parois du kyste ; elle est formée par un tissu blanc, mou, un peu friable, analogue à celui qui constitue d'autres hydatides dont nous parlerons tout à l'heure à propos de la rate.

Le kyste lui-même, formé aux dépens des parties voisines, a sa face externe constituée en partie par la base du poumon, en sorte qu'il est difficile de dire s'il est véritablement creusé dans l'épaisseur de cet organe, ou bien s'il lui est simplement accolé : du reste, il est à peu près impossible de l'en détacher nettement. Sa face interne présente deux colorations fort différentes, selon qu'on l'examine dans la partie du kyste qui correspond au poumon ou dans

la partie antérieure ou libre. Dans la première partie, cette face présente une teinte ardoisée avec un mélange de plaques blanchâtres d'un tissu fort dense, et qui ne font pas une saillie appréciable au-dessus des parties voisines. En raclant avec un scalpel, on enlève quelquefois des pellicules analogues à de fausses membranes peu épaisses et assez résistantes. Cette face examinée à la loupe présente dans certains points une injection rouge très-fine, et dans d'autres d'abondantes taches noires. Dans la deuxième partie, la face interne du kyste est blanchâtre ou un peu rosée : la surface est encore plus irrégulière que celle dont nous venons de parler ; les fausses membranes y sont bien plus développées : leur organisation paraît déjà très-avancée. Ces fausses membranes sont dures, rugueuses, et présentent dans certains points des granulations manifestes. Les parois de ce kyste ont environ un millimètre d'épaisseur dans la partie qui touche au poumon. L'adhérence avec cet organe est très-forte. On ne peut même les détacher nettement l'une de l'autre. Cette paroi dans toute son épaisseur est d'un blanc noirâtre. Dans la partie antérieure, la coupe est uniforme et très-nette : sa couleur est un blanc opalin, analogue à du tissu squirrheux. Ce kyste ne communique avec aucun autre.

Foie. — Son lobe gauche est très-développé et se prolonge jusqu'auprès de la rate, à laquelle même il est un peu adhérent. Ce lobe a environ vingt centimètres transversalement et autant d'avant en arrière. Son tissu est complètement jaune, et graisse le scalpel.

Le tissu du lobe droit est de même nature. On ne trouve pas de traces d'hydatides dans le tissu même de l'organe, mais toute sa portion droite est remplacée par une très-grande quantité de kystes qu'il n'est pas facile de compter exactement, mais qui sont au nombre de dix à douze. (Notons en passant que la veine cave a son calibre normal, et qu'elle ne paraît pas avoir été comprimée). Les

kystes dont nous avons parlé sont remarquables à plusieurs égards. Ainsi, sous le rapport du volume et de la forme, il y en a un, celui qui est situé à l'extrême droite, qui a la forme et le double du volume d'un rein à l'état normal. Il ne paraît qu'à demi rempli de liquide, et s'affaisse comme une vessie qui serait à moitié pleine; mais, dans les manœuvres, une partie du liquide qu'il contenait a été évacué. Des autres kystes, les uns sont situés à la face inférieure du foie, les autres à la face supérieure. Le diaphragme a disparu dans la partie occupée par les kystes, de sorte que celui du poumon et ceux de l'abdomen se touchent par leur face externe. A la face inférieure du foie, il y en a un gros comme le poing, et étranglé à son milieu. Les autres sont gros comme une pomme, une noix, une noisette; quatre ou cinq de ces derniers sont réunis entre eux et présentent un groupe de bosselures. La plupart de ces kystes sont adhérents les uns aux autres par du tissu-cellulaire lâche. — Parois. Celles des plus volumineux ont l'épaisseur et la solidité d'une vessie, c'est-à-dire qu'elles s'affaissent à mesure que le liquide s'écoule. Quant à celles des autres, elles sont très-résistantes, de manière qu'après avoir été vidés, les kystes restent béants : elles sont très-dures, et crient sous le scalpel. Leur coupe est homogène, d'un blanc transparent (la couche superficielle est plus opaque que la médiane, leur épaisseur est de 1 à 2 millimètres.

La face interne de ces kystes est rugueuse, jaunâtre, remplie d'anfractuosités : plusieurs d'entre eux communiquent ensemble. Le liquide contenu dans le plus grand nombre d'entre eux est jaune comme de la bile, dont il a aussi la consistance. Il est mêlé de parties vertes, plus solides, et de parties blanches et très-friables qui nagent dans son sein. Dans ce liquide nagent également des hydatides nombreuses, ayant leurs parois colorées en jaune, et variant en grosseur depuis un grain de millet jusqu'à une

petite noisette. Quelques-uns de ces kystes contiennent des Hydatides blanches ou transparentes, comme celles que nous verrons dans l'épiploon. D'autres enfin en contiennent qui sont flétries et constituent une sorte de gelée dans laquelle les parois des hydatides sont encore reconnaissables. On distingue au milieu de ces kystes une petite poche remplie d'une bile verte, et qui paraît être la vésicule biliaire.

Rate. Elle est grosse trois fois comme le poing, mais il s'en faut beaucoup qu'elle soit entièrement composée de tissu sain. La rate proprement dite a de 7 à 8 centimètres de long sur trois à quatre de large, et deux au plus d'épaisseur. Le reste de la tumeur est occupé par une masse volumineuse, élastique, fluctuante, qui, après une ponction, donne issue à un liquide un peu rougeâtre. La poche, examinée à l'intérieur, est d'une blancheur remarquable; on trouve à la face interne une plaque noirâtre et une autre lie de vin; du reste, aucune trace d'organisation. Cette poche a une épaisseur de 1 millimètre environ, elle se déchire avec la plus grande facilité, et n'est nullement adhérente par sa face externe, de sorte qu'on peut la faire sortir tout entière du kyste qui la renferme. Or, en la faisant ainsi sortir, on voit qu'entre cette poche, qui n'est autre chose qu'une volumineuse hydatide, et la paroi du kyste proprement dit, il existe une douzaine de petites hydatides qui sont emprisonnées entre les deux lames dont nous venons de parler, et qui offrent des parois analogues à celles de l'hydatide mère. La seule différence est que ces parois sont moins opaques; et on remarque que l'opacité augmente en raison du volume, car la plus grosse de ces petites hydatides, qui a le volume d'une noisette au moins, a des parois manifestement plus épaisses que celles qui sont grosses comme des pois.

Le liquide qu'elles contiennent est transparent. Celui du grand kyste est un peu rougeâtre, comme nous avons dit.

Il ne présente pas d'hydatides dans son intérieur, mais ses parois sont tapissées par une multitude de petits corpuscules blanchâtres dont un très-grand nombre nagent aussi dans le liquide, et qui ressemblent à de la semoule très-fine. Le kyste lui-même consiste en une membrane séreuse très-mince et non enflammée. Cette membrane ne présente aucune trace de fausses membranes.

Epiploons. Dans le grand épiploon se trouve une quantité considérable de kystes, dont plusieurs sont plus volumineux que le poing : il en existe bien une dizaine. Parmi ces kystes, les uns contiennent une hydatide qui occupe une très-grande partie de la cavité, les autres étant refoulées comme nous l'avons vu pour la rate. Les autres en contiennent qui sont à demi flétris. D'autres enfin sont remplis par une matière gélatineuse d'un très-beau blanc : ce sont les plus petits. Toutes les hydatides des épiploons sont blanches, et le liquide qu'elles contiennent est incolore et sans mélange d'autres hydatides.

Les parois des kystes eux-mêmes ont une épaisseur qui tient le milieu entre celles analogues à une vessie, et celles qui sont tout à fait cartilagineuses.

Les organes génitaux, ovaire et utérus, sont à l'état sain.

Reins. Ils présentent une injection foncée de la substance tubuleuse, surtout au pourtour : sains du reste. Le droit est comprimé et déformé par les kystes.

Vessie à l'état normal.

Tube digestif à l'état sain : Il est gorgé d'une matière jaunâtre assez liquide. Le rectum, à sa partie inférieure, est quatre fois plus volumineux que dans le reste de son étendue. Cette distension considérable est produite par une accumulation de matières fécales bien moulées. Rien autre chose d'anormal.

Cerveau. Présentant un piqueté rouge assez marqué. Substance cérébrale de consistance normale. Deux cuille-

rées à café de sérosité dans chaque ventricule. Deux ou trois kystes, gros comme des têtes d'épingle, dans les plexus choroidiens.

Cœur. Assez volumineux : environ une fois et demie le poing du sujet. On trouve des caillots rouges assez résistants dans les deux ventricules et dans les oreillettes. La paroi du ventricule gauche a environ 2 centimètres d'épaisseur. Le tissu charnu du cœur est ferme et résistant ; la couleur est jaunâtre. L'eau versée dans l'aorte s'écoule avec une très-grande rapidité. Valvules aortiques un peu épaisses ; le noyau central a le volume d'un petit pois environ ; il est en partie osseux et en partie cartilagineux. Aorte jaunâtre et saine. La valvule mitrale est également convertie en tissu cartilagineux. Ses tendons sont à l'état normal. Le ventricule droit a son épaisseur normale. Valvules de l'artère pulmonaire à l'état sain.

Du tissu pancréatique non altéré a été trouvé au milieu des tumeurs du foie.

Je vais reprendre dans cette observation les points qui ont le plus fixé mon attention.

La membrane propre des acéphalocystes ne présentait pas de particularités remarquables. On a vu seulement que son épaisseur et sa transparence allait en augmentant avec le volume de l'acéphalocyste. La coloration jaune des hydatides du foie a été observée un trop grand nombre de fois pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point.

Mais la membrane propre des kystes qui contenaient les acéphalocystes me paraît devoir donner lieu à des considérations plus importantes. Nous avons vu que cette membrane dans le kyste de la rate présentait sa face interne analogue à une séreuse à l'état normal. Cette analogie avec les membranes séreuses, était encore frappante dans le kyste du poumon, car là, nous avons trouvé des traces d'inflammation qui offraient tous les caractères de l'inflamma-

tion des membranes séreuses à l'état normal. Cette identité de caractère me paraît donc incontestable : du reste, elle est admise par un grand nombre d'auteurs. Or, il me semble qu'on n'a pas encore tiré de cette remarque tout le parti possible. Pour moi, ce fait est des plus remarquables et des plus convaincants que puissent invoquer ceux qui avancent que les membranes séreuses à l'état normal ne sont que du tissu cellulaire condensé et réunis en lame. En effet, aux dépens de quoi peut se former le kyste contenant des acéphalocystes ? évidemment aux dépens du tissu cellulaire voisin : car ce n'est certainement pas aux dépens des organes eux-mêmes, poumon, foie, rate, etc. Eh bien, l'hydatide elle-même grossissant peu à peu, comprimant le tissu cellulaire qui l'environne, formant enfin de toutes pièces une membrane séreuse qui sécrète un liquide analogue à de la sérosité, pouvant s'enflammer et donner lieu aux produits que donne une membrane séreuse normale enflammée ; cette hydatide, dis-je, me paraît agir ici absolument comme le poumon par rapport à la plèvre, les intestins par rapport au péritoine, le cerveau par rapport à l'arachnoïde.

Nous appellerons également l'attention sur l'état des parois de quelques kystes du foie. Ces parois étaient en effet très-dures, résistantes, analogues à un cartilage ou à du tissu squirrheux. En même temps, nous constatons des désordres beaucoup plus grands dans l'intérieur de ces kystes que dans tous les autres. Ainsi, tandis qu'ailleurs nous trouvons des parois polies, ou bien tapissées par quelques fausses membranes, et une très-petite quantité de liquide transparent entre le kyste et les hydatides, ici nous voyons des parois rugueuses, remplies d'anfractuosités, des kystes contenant un liquide jaune dans lequel nagent des flocons verts, des masses blanchâtres ; enfin, un grand nombre de petites hydatides jaunâtres. Il semble que dans le premier cas le développement se soit fait lentement et sans en-

traves, tandis que dans le second il y aurait eu des obstacles à la production de ces corps étrangers. Cela tient-il à la nature du liquide ? c'est ce qu'il ne me paraît pas facile de décider.

Quant au liquide contenu dans les hydatides, nous avons vu qu'il a toujours été transparent. Nous ne remarquons que cette poussière analogue à une semoule fine qui nageait dans le liquide de la rate. Cette altération est notée par M. Reynaud (art. acéphalocystes du Répertoire des Connaissances Médicales). Ces granulations, selon cet auteur, sont de petites hydatides qui en contiennent d'autres dans leur intérieur. N'ayant pas actuellement de microscope à ma disposition, je n'ai pu vérifier cette assertion dans ce cas particulier.

J'ai dit que dans quelques kystes on avait retrouvé des acéphalocystes blanches, flétries, mais encore très-reconnaissables. Dans d'autres, on a trouvé une matière blanche également, gélatiniforme, se rapprochant du mélicéris, et que je crois pouvoir être rapportée à un amas d'acéphalocystes parvenues à un état de décomposition plus avancé que les précédentes. Un certain nombre de faits dans ce genre, observés dans des conditions favorables, pourraient peut-être jeter quelque lumière sur la nature des mélicéris et des altérations pathologiques analogues.

Examinant chacun des organes qui contenaient ces kystes, nous voyons que le foie en renfermait un grand nombre : je crois même qu'il existe peu d'observations authentiques dans lesquelles on en ait trouvé une aussi grande quantité. Du reste, l'ictère, ou mieux la teinte d'un blanc jaunâtre de la face, telle qu'on l'a observée dans le plus grand nombre des cas, existait ici très-marquée avant la mort.

Le diaphragme avait disparu dans la portion qui correspondait à l'altération, et il est assez probable que c'est à

cela, en partie, qu'était due la dyspnée marquée qui tourmentait la malade depuis longtemps.

La question de savoir si le kyste de la base du poumon était situé dans cet organe ou dans la plèvre n'est pas facile à résoudre. Néanmoins, il est plus probable qu'il lui était simplement accolé. Je crois qu'on peut en dire autant de celui de la rate, car on a trouvé une partie de cet organe à l'état sain, et rien n'indiquait que son tissu eût en rien participé à l'altération pathologique qui s'était développée dans cette région.

Nous ferons remarquer en passant la coïncidence de l'inflammation du kyste du poumon et de la douleur habituelle que ressentait la malade à cette région; douleur très-vive qui avait frappé l'attention des personnes qui entouraient la malade lors de son état de santé habituel.

Il nous paraît digne de remarque que les ovaires et le cerveau, organes qui sont si souvent le siège d'acéphalocystes, n'offraient pas la moindre trace de cette altération chez cette femme qui en présentait dans un si grand nombre d'autres organes.

La membrane qui constitue les acéphalocystes a une vie qui lui est propre: c'est ce qui me paraît résulter incontestablement des altérations trouvées à la face interne de la grande acéphalocyste de la rate. En effet, nous trouvons une plaque rouge qui est due à une congestion sanguine: or, cette congestion ne peut avoir été produite que par les vaisseaux sanguins qui rampent dans l'épaisseur de la membrane, et qu'on ne peut apercevoir d'ordinaire par une raison probablement analogue à celle qui fait qu'on ne peut également apercevoir dans les circonstances ordinaires les vaisseaux qui rampent dans la sclérotique, et qui se développent d'une manière si remarquable dans l'inflammation de cette membrane. D'après les idées actuellement reçues, on peut considérer la plaque noirâtre de cette même

face comme une inflammation plus ancienne que la précédente.

Hydatides du foie.

Observation recueillie par M. CARON, interne des hôpitaux.

Jung (Anne-Marie), âgée de 76 ans, de constitution débile, est entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 26 janvier 1842. Cette femme déclare ne souffrir nulle part; la surveillante de sa division n'a fait appeler l'interne de garde que parceque ses jambes enflaient depuis quelques temps, et que sa santé générale paraissait s'affaiblir: quant à la malade, elle ne comprend même pas, dit-elle, pourquoi on l'a fait passer à l'infirmerie.

La peau présente une teinte générale, légèrement jaunâtre; nulle trace d'œdème ni de bouffissure au visage, non plus qu'aux membres supérieurs; ventre volumineux, mais souple encore. On y sent manifestement, par la palpation, une tumeur dure, indolente, sans changement de couleur à la peau, occupant l'hypochondre et le flanc droit, l'épigastre et l'hypochondre gauche. La main qui circonscrit parfaitement le bord inférieur de cette tumeur, y distingue nettement l'échancrure qu'offre à gauche le bord tranchant du foie, il est donc de toute évidence qu'elle est formée par le foie. La percussion donne exactement le même résultat. La matité remonte notablement haut. On constate, en outre, la présence d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine; il y a de l'œdème aux jambes. La langue est normale: appétit; selles naturelles; sécrétion et émission normales des urines; Rien à noter du côté des autres fonctions, toutes examinées avec soin. La malade n'a pu dire à quelle époque a paru la tumeur de l'abdomen: elle répond seulement qu'il y a longtemps déjà qu'elle s'est aperçue de sa présence (régime fortifiant; boissons diurétiques, quelques purgatifs). Pendant longtemps

la malade soumise à ce traitement continue de présenter un état général satisfaisant ; elle mange , digère , dort, se lève et marche très-bien; l'œdème des extrémités et l'épanchement péritonéal diminuent. Mais dans les premiers jours du mois de mars , elle commence à s'affaiblir peu à peu ; l'appétit est moins soutenu ; les digestions plus pénibles ; le dévoiement apparaît : de loin en loin quelques douleurs se font sentir dans le côté droit de l'abdomen ; elles cèdent au repos et aux cataplasmes émollients ; l'eau de riz avec sirop de Coing, quelques lavements amidonnés et laudanisés , arrête le dévoiement. On continue de soutenir la malade par le régime, vin de Bordeaux, etc.

Mais à dater du 15 ou 16 mars elle s'affaïsse davantage, la face s'altère ; l'appétit se perd, la diarrhée reparait, l'œdème des extrémités inférieures devient plus considérable, surtout pour la jambe droite. L'épanchement péritonéal qui avait diminué, augmente de volume. La malade ne se lève plus , on insiste sur le régime tonique ; mais le marasme fait des progrès ; la respiration s'embarrasse et la mort a lieu le 30 mars, dans la nuit. Il n'y a jamais eu la moindre trace de délire ; jusqu'aux deux derniers jours la respiration a été facile : une douleur se faisant vivement sentir dans le flanc droit a persisté malgré l'application continuée des cataplasmes.

AUTOPSIE faite 30 heures après la mort.

Tête : Méninges normales ; quelques cuillerées de sérosité citrine occupent la cavité de l'arachnoïde ; la pulpe cérébrale est comme infiltrée ; on voit , en effet, suinter de la sérosité sous le tranchant du scalpel ; les ventricules latéraux renferment chacun une demi-cuillerée environ de sérosité citrine ; rien d'ailleurs dans le cerveau, le cervelet, la protubérance et le bulbe.

Thorax : Un peu de sérosité liquide dans les plèvres ; une cuillerée environ dans le péricarde , point de traces d'ancienne pleurésie, point d'adhérences ; quelques pla-

ques albumineuses sur le péricarde; les poulmons sont emphysémateux dans leur bord antérieur; le gauche et plus encore le droit offrent un notable engouement, dû sans doute à l'hypostase du sang dans les derniers moments de la vie, engouement qui occupe leur base et leur bord postérieur; chaque incision faite sur le reste des poulmons, en fait découler à flots une sérosité spumeuse et rougeâtre.

Le cœur a un volume moyen. Rien aux orifices, ni aux valvules, ni dans les gros vaisseaux. Le tissu cellulo-graisseux qui tapisse la paroi antérieure de l'organe est infiltré de sérosité, et offre l'aspect de la gélatine. Le ventricule gauche offre une légère hypertrophie concentrique.

Abdomen. Le péritoine renferme une notable quantité de sérosité trouble, et d'une teinte gris-roussâtre. Des traces de péritonite chronique se voient de tous côtés, caractérisées ici par d'anciennes adhérences, là par des injections arborisées ou pointillées presque partout par l'épaississement de la séreuse. Dans le flanc droit, au point où la malade a, dans les derniers jours de son existence, accusé une vive douleur, on trouve circonscrite, par des adhérences entre la face supérieure du foie et la paroi abdominale, une petite quantité de pus épais.

Le tube digestif n'offre rien de remarquable; des matières fécales, liquides et jaunâtres, remplissent en partie le gros intestin. Pas d'ulcérations. La muqueuse de l'estomac paraît à l'état normal.

Rien de particulier dans le rein gauche, ni la vessie, ni la rate. Le rein droit offre ceci de remarquable, qu'il a été refoulé par le développement de la tumeur formée par le foie, et qu'il se trouve placé sur la face inférieure du foie, devenue globuleuse, et en partie antérieure, maintenu là par des adhérences assez fortes.

Le pancréas, ainsi que son conduit, offrent leur état et

leurs rapports normaux. Mais c'est le foie qui offre l'altération la plus remarquable. Son extrémité droite, extrêmement augmentée de volume, présente un kyste énorme, de la grosseur d'une tête d'adulte, à parois d'apparence fibreuse, fluctuant dans toute son étendue. Vers la partie moyenne du bord postérieur se trouve un autre kyste ayant le volume de la tête d'un enfant, de même apparence que le premier, fluctuant comme lui, mais n'ayant avec lui aucune communication. L'extrémité gauche du foie est à l'état normal; la vésicule offre un volume ordinaire. On a déjà vu plus haut comment le rein droit avait été refoulé hors de la région lombaire par le développement progressif du foie.

De nombreuses adhérences, d'épaisses fausses membranes se trouvent çà et là sur toute la surface libre du foie.

Le pédicule hépatique est disséqué avec soin. La veine porte, l'artère hépatique n'offrent rien de particulier. Le canal cholédoque, les conduits cystique et hépatique sont à l'état normal; le cours de la bile était libre. Deux petits calculs biliaires existent dans la vésicule.

Le plus grand des kystes est incisé largement; ses parois offrent une épaisseur d'une ou deux lignes; il s'en écoule à flots un pus fluide, bien lié, jaune, inodore, mêlé d'hydatides nombreuses et variables en grosseur: les unes présentent le volume d'un grain de raisin, une autre celui des deux poings, une infinité de tous les degrés intermédiaires. La plupart de ces hydatides sont flasques, jaune-rougeâtres. Le pus qui s'écoule, s'élève au moins à deux ou trois litres. Les parois du kyste sont rougeâtres à l'intérieur. Point de fausses membranes, point d'adhérence, jetées entre elles.

Le petit kyste, ouvert par une incision étroite, laisse échapper un peu de liquide purulent, et d'innombrables hydatides, les unes flasques et affaissées, les autres glohu-

leuses. Plusieurs d'entre elles, transparentes, en contiennent d'autres plus petites, opaques et blanches. Examinées au microscope, elles offrent à leur intérieur les échinocoques de l'homme.

Ces deux kystes sont superficiels, adossés au tissu du foie, faisant corps avec l'organe à la forme duquel ils se marient parfaitement, mais ne paraissant point formés aux dépens de sa trame.

*Emphysème pulmonaire. — Dilatation des bronches. —
Hypertrophie du cœur.*

Observation recueillie par M. DE CASTELNAU, interne des
hôpitaux.

Gros (Félicité), âgée de vingt-huit ans, couturière, cheveux châtons, yeux bruns, peau blanche, face non colorée, d'un embonpoint médiocre, d'une taille assez élevée, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Hélène, n° 297, le 14 décembre 1841.

Cette fille a toujours eu de quoi satisfaire largement aux besoins de la vie ; elle a habité des lieux sains. Dès sa plus tendre enfance elle a eu l'haleine courte et une toux qui ne lui laissait que très-rarement de courts intervalles de repos ; cette incommodité l'a toujours empêchée de se livrer aux jeux de l'enfance, du moins avec une certaine ardeur.

Elle fut réglée pour la première fois à dix-neuf ans ; il se passa quatre mois entre la première apparition et la seconde ; depuis celle-ci, elles se sont montrées assez irrégulièrement tous les mois, toutes les six semaines ou tous les deux mois. Elle n'a point eu d'enfants.

Jamais la malade n'a été sujette à des douleurs ou à des gonflements dans les articulations, ni dans d'autres parties. Sa mère est morte jeune, d'une maladie qui l'a enlevée en

quelques jours ; son père est bien portant, point sujet aux rhumatismes ni aux palpitations. Ses frères et sœurs jouissent d'une excellente santé.

Il y a huit à dix ans, à l'essoufflement habituel que la malade éprouvait, se joignirent des palpitations qui depuis sont allées progressivement en croissant ; depuis un temps fort long aussi, mais que la malade ne peut limiter, la toux s'accompagne d'une expectoration visqueuse, transparente, recouverte d'une épaisse couche d'écume blanche. Il y a un an, les symptômes habituels de la malade éprouvèrent brusquement une grande exaspération ; sa toux devint plus fréquente ; ses crachats plus abondants, plus épais, plus jaunes, puis tout à fait opaques ; ils acquirent une fétidité qu'ils ont toujours conservée depuis ; pendant quelques jours elle expectora quelques gorgées de sang ; une douleur se manifesta sous le sternum, et bientôt retentit dans le dos, surtout du côté droit ; les battements de cœur devinrent plus forts, ils se firent sentir du côté droit de la poitrine et retentirent douloureusement dans le dos. Au mois de mai, époque à laquelle la malade se trouvait le plus mal, il se manifestait chaque soir un œdème assez prononcé des jambes, qui disparaissait le matin. A dater du commencement de cette brusque exaspération, la malade fut obligée de cesser ses travaux. Après quelques mois elle voulut les reprendre, mais ne put les continuer ; après avoir éprouvé un léger soulagement, la maladie prit une marche chronique et graduellement croissante. L'appétit, selon la malade, se serait conservé intégralement ; cependant elle a notablement maigri. Depuis le début des symptômes graves les règles n'ont paru que deux fois ; il y a dix mois qu'elles ne se sont pas montrées.

Le traitement, depuis un an, a consisté en polions calmantes en tisanes adoucissantes et en neuf vésicatoires dont deux ont été appliqués dans le dos, et le reste sur la partie antérieure du thorax.

Depuis son entrée à l'hôpital on lui a mis quinze sangsues à l'anus; elle a pris de l'infusion de feuilles d'oranger, de la tisane de polygala, et des potions avec opium 0,05 gr. Son état ne paraît pas avoir changé depuis son entrée. Les renseignements fournis jusqu'à ce jour par l'auscultation et la percussion étant peu précis, je vais donner l'état actuel de la malade.

Etat actuel, le 5 janvier 1842. — Face bouffie, décolorée, à l'exception du nez, des lèvres et des oreilles qui sont presque toujours plus ou moins cyanosées, ainsi que les extrémités des doigts, thorax assez bombé en avant, surtout à gauche, se soulevant peu et en masse pendant l'inspiration. A gauche, sonorité très-prononcée, même à la région précordiale, respiration faible accompagnée d'un râle sibilant et muqueux très-abondant; à droite, sonorité bonne depuis la clavicule jusqu'à la quatrième côte; au-dessous, obscurité prononcée du son jusqu'en bas, et horizontalement depuis un pouce à droite du sternum jusque tout-à-fait en côté; respiration faible, quoique rude, accompagnée de râle ronflant, sibilant et muqueux. Le cœur se sent battre au-dessous et à droite du sternum, dans un intervalle circonscrit par les trois lignes suivantes: 1° par une ligne perpendiculaire qui s'étend depuis deux pouces au-dessus de l'appendice xyphoïde jusqu'à un pouce au-dessous; 2° par une ligne horizontale qui, de l'extrémité inférieure de celle-ci, se dirigerait à droite dans l'étendue de deux pouces et demi; 3° enfin par une troisième ligne oblique qui réunirait les extrémités libres des deux premières, en faisant une courbe légère à convexité supérieure; le point où le battement se fait sentir avec le plus d'intensité se trouve sur la ligne horizontale un peu en dehors du sternum; il y a un peu d'impulsion et point de frémissement cataire. Les bruits du cœur sont clairs; le premier est presque aussi éclatant que le second; leur plus grande intensité se trouve au point où l'on sent battre la

pointe du cœur ; on ne les entend presque point au niveau des deuxième et troisième côtes du côté droit, et pas du tout sous les mêmes côtes du côté gauche. Les jugulaires ne sont pas gonflées ; pas de bruit anormal dans les carotides. En arrière et à droite, obscurité prononcée du son, surtout dans la moitié inférieure où il y a presque matité ; dans toute la hauteur aussi, mais surtout dans la moitié inférieure, râle caveux très-abondant et très-clair, et respiration bronchique prononcée surtout inférieurement ; à gauche, sonorité assez bonne, et râle muqueux abondant, très-gros, accompagné vers le milieu de la fosse sous-épineuse d'un peu d'expiration bronchique. Crachats abondants, jaunâtres, aérés, un peu visqueux, fétides, non isolés ; haleine fétide comme les crachats. Pouls toujours fréquent, à 100 ce matin ; peau médiocrement chaude ; mais il y a tous les jours une exaspération de midi à trois heures, pendant laquelle la peau est très-chaude et le pouls fréquent. Dyspnée considérable ; très-peu de sommeil ; appétit assez bon ; langue normale ; quelquefois un peu de diarrhée qui ne dure jamais longtemps. — Pot. gomm. avec stram. 0,01, op. 0,05 et cachou 0,40.; pour tisane, infusion de polygala.

Depuis son entrée, la malade a toujours fait le même traitement ; elle a eu de plus une application de quinze sangsues à l'anus, qu'on avait prescrites dans l'intention de diminuer le volume du foie qui dépassait les fausses côtes de 2 et demi à 3 pouces ; il les dépasse encore à peu près de la même quantité (Deux portions d'aliments).

On met un emplâtre de savon derrière le dos, où la malade éprouve un peu de douleur des deux côtés.

Le 21, elle se plaint de douleurs à la gorge, qui lui semblent occasionnées par la potion. On supprime la cachou de celle-ci.

Le 25, le mal de gorge a disparu. L'abondance de l'expectoration paraît plutôt augmenter que diminuer ; on

prescrit un suppositoire composé de baume de copahu et beurre de cacao, de chaque 2 gramm.; op. 0,07.

Le 8 février. Depuis six jours l'exaspération fébrile commence par un frisson de près d'une heure, et commence à onze heures au lieu de midi, pour ne cesser toujours qu'à trois heures. La face et les extrémités sont habituellement violacées, mais surtout dans la période de frisson de l'accès fébrile, il n'y a que très-peu et quelquefois point de sommeil. L'appétit cependant est assez bon; la malade mange deux portions sans se satisfaire complètement. Les phénomènes d'auscultation et de percussion sont les mêmes. Les crachats ne sont pas diminués. Depuis 5 jours on a prescrit pour tisane une décoction de quinquina qui n'a produit aucun effet sur la marche des accès fébriles. On donne deux pilules de sulfate de quinine d'un décigr. chaque.

Hier, la fièvre a pris à neuf heures du matin par un frisson sévère qui a duré deux heures; la teinte cyanosée était considérable et existait par tout le corps; la chaleur était à peu près normale; le pouls était petit, régulier, à 146; la respiration à 150, mais très-pénible; il semblait à la malade qu'elle allait à chaque instant étouffer. Le soir, la teinte cyanosée existait encore, elle était seulement un peu moindre. La peau était assez chaude; le pouls à 150; il y avait une sueur très-abondante, sans sudamina. Ce matin, la cyanose a presque entièrement disparu, mais l'étouffement est encore considérable; il y a aussi beaucoup de faiblesse et d'abattement; la malade ne veut prendre que du bouillon. On continue les pilules de sulfate de quinine, et l'on supprime la décoction de quinquina que l'on remplace par une solution de sirop d'écorces d'oranges; potion avec op. 0,05 et stramon. 0,02; bouillon.

Hier au soir, plusieurs vomissements de matières liquides de couleur exactement semblable à celle de l'écorce d'orange; on s'assure cependant que la malade n'a point mangé de ce fruit; ces vomissements continuent ce matin.

Presque point de cyanose. En arrière et à droite, respiration trachéale dans les deux tiers inférieurs, mais surtout à la partie supérieure de cette limite; bronchophonie très-marquée; à gauche, à 6 pouces du sommet contre le rachis, respiration bronchique et bronchophonie marquée avec diminution de la sonorité. Pas de changement dans les crachats. — Même prescription; plus, cataplasme sinapisé aux jambes, répété deux fois.

Soir, pouls à 110; grand étouffement; douleurs dans le dos; faiblesse croissante; légère cyanose; la malade ne veut pas manger. Il n'y a point eu de frisson.

Le 12, la malade se trouve beaucoup mieux que les jours précédents; elle croit être dans le même état qu'il y a huit jours, seulement avec beaucoup plus de faiblesse. Elle a un peu dormi; l'appétit est nul; pas de cyanose. — Même prescription.

Le soir, à peu près même état; pas de vomissements; pas de sueurs; pas de chaleur à la peau; pouls à 100, toujours faible; la malade se trouve assez bien, elle écrit une lettre dans la soirée; l'intelligence est intacte.

Dans la nuit, un nouvel accès de dyspnée se déclare, et la malade succombe à deux heures du matin avec toute son intelligence et presque en parlant.

Autopsie trente et une heure après la mort; température d'environ 6° centigr., humide.

Taches d'un rouge lie de vin sur toute la partie postérieure du tronc et des membres, et sur la plus grande partie de la face et du cuir chevelu; taches verdâtres sur l'abdomen.

La tête n'a point été examinée.

Thorax. Les poumons ne s'affaissent pas du tout à l'ouverture de la poitrine; ils adhèrent au péricarde dans tous les points où ils sont en rapport avec lui; ils adhèrent également aux plèvres dans toute leur étendue; les adhérences sont serrées à droite, lâches et peu résistantes à gauche. Le

poumon droit est presque complètement imperméable à l'air ; son lobe supérieur l'est entièrement, et de ses lobes inférieurs quelques parties seulement restent à la surface de l'eau. La première division bronchique offre son calibre ordinaire, sa muqueuse est polie, nullement ramollie, seulement un peu rouge ; les secondes divisions offrent à peu près le même aspect avec un peu plus de rougeur ; les fibres longitudinales et transversales sont aussi plus apparentes. Dans certains points des troisièmes divisions et dans les divisions plus éloignées, la muqueuse commence à se ramollir et le ramollissement dans plusieurs points est porté à un degré extrême ; enfin, dans un assez grand nombre d'endroits, la muqueuse est entièrement détruite, et la circonférence de la bronche est formée par des fibres circulaires de la grosseur d'un fil ordinaire, séparées quelquefois les unes des autres et traversées par des fibres longitudinales dont les unes sont plus superficielles, les autres plus profondes qu'elles ; les profondes comme les superficielles deviennent de moins en moins nombreuses à mesure qu'on examine des bronches plus petites, et elles finissent par disparaître complètement. A un pouce et demi, deux pouces ou un peu plus de leur terminaison, selon les points, les bronches, au lieu de continuer à se rétrécir, se dilatent, et la dilatation continue en augmentant graduellement jusqu'à la surface du poumon, où elle se termine en cul-de-sac arrondi. La dilatation représente donc, en général, la forme d'une massue de 2 pouces environ de long sur 6 à 9 lignes de diamètre à sa grosse extrémité ; quelquefois cependant, et cette disposition est peut-être la plus fréquente dans le lobe supérieur, la dilatation est plus brusque, et l'on passe tout à coup d'un tuyau peu ou point dilaté dans une ampoule ou petite caverne capable de contenir une petite noisette, tout à fait au sommet du poumon. Plusieurs de ces loges communiquent entre elles et forment une cavité du volume d'une grosse noix formée par une sé-

rie de cavités plus petites qui ne sont séparées que par des cloisons incomplètes, à la manière des capsules de certains fruits ; les parois de cette excavation sont formées par une membrane dure, presque fibreuse, d'un millimètre d'épaisseur, qui paraît résulter de l'induration du tissu pulmonaire plus marquée là qu'ailleurs. Lorsqu'on pratique une section du poumon parallèlement à la plèvre, et à 6 lignes de celle-ci, la surface résultant des incisions offre une foule de petites loges arrondies de 6 à 8 lignes de diamètre séparées par le tissu pulmonaire qui occupe à peu près la moitié de la surface de l'incision. Ces loges dépendent de ce que dans ce cas on coupe l'extrémité renflée des dilatations perpendiculairement à leur axe ; elles sont plus nombreuses et plus larges à mesure que l'on se rapproche du sommet. Le tissu pulmonaire interposé est d'un gris rougeâtre, en certains points verdâtre, en d'autres dense, se déchirant difficilement sous l'ongle, complètement imperméable dans le lobe supérieur, moins complètement dans les deux autres, traversé par des lignes blanchâtres, fibreuses ou fibrocartilagineuses, très-résistantes, surtout au sommet, et qui paraissent être les cloisons interlobulaires hypertrophiées. Deux ou trois des vacuoles arrivent immédiatement jusque sous la plèvre, mais la plupart s'arrêtent à une ligne ou plus de la surface. Dans quelques-unes la surface interne des parois est lisse, blanchâtre ; celles-ci se trouvent exclusivement dans le lobe supérieur ; chez les autres, cette surface est d'un rouge lie de vin et plus ou moins inégal. Les bronches contiennent une matière d'odeur et d'aspect semblables à celle expectorée par la malade. Les artères et veines pulmonaires suivies jusqu'à leurs extrémités n'ont rien présenté d'anormal. Du côté gauche, la première division bronchique est tout à fait normale, sauf une légère rougeur. Dans le lobe supérieur, quelques-unes des divisions sont assez rouges et présentent un commencement de dilatation ; les fibres circulaires y sont très-prononcées ;

presque comme du côté opposé. Le tissu pulmonaire est d'un gris verdâtre plus ou moins foncé selon les points, en partie imperméable, mais en plus grande partie perméable, d'un aspect manifestement granulé à la coupe, un peu friable dans les portions imperméables et granulées, mais beaucoup moins que dans l'hépatisation aiguë, traversé par quelques lignes blanches, moins dures et moins épaisses que celles du poumon droit; les vésicules superficielles surtout au bord antérieur sont dilatées au point d'acquérir une ligne de diamètre en certains points. Les bronches contiennent des matières semblables à celles renfermées dans les bronches du côté opposé. C'est surtout dans les points où l'aspect granulé est très-prononcé que le tissu est plus rouge et plus humide; il est possible dans ces points d'enlever en grattant avec le dos du scalpel des granulations de moins d'un millimètre de diamètre. A droite, l'aspect granulé ne s'observe que dans quelques parties du lobe inférieur. Dans le lobe inférieur le tissu est rougeâtre, partout perméable à l'air, les branches normales sans mucosités.

Le cœur est d'un bon tiers plus volumineux que dans l'état normal : son bord inférieur forme une ligne presque horizontale qui s'étend du bord inférieur de la sixième côte à deux pouces à droite du sternum, jusqu'au milieu du sixième espace intercostal, à un pouce à gauche du même os où se trouve sa pointe. Le développement du cœur porte principalement sur la dilatation des ventricules dont les parois n'ont qu'une épaisseur normale; les orifices n'offrent aucune altération; les valvules sont souples et transparentes. Les cavités droites et gauches renferment une grande quantité de caillots presque entièrement noirs; le péricarde n'a point d'adhérence avec le cœur, il est transparent, lisse, et contient une cuillerée à café de sérosité transparente. Pas d'ulcération dans la trachée ni le larynx; la muqueuse y est un peu rouge.

Abdomen. Un verre de sérosité limpide dans le péritoine. Le foie descend à trois pouces au-dessous des fausses-côtes à droite; sa surface est lisse sans adhérences, sa consistance normale, la couleur d'un rouge-brun foncé; ses vaisseaux sont gorgés d'un sang fluide et noir qui s'écoule lorsqu'on pratique des incisions: les granulations ont le volume habituel. Estomac du diamètre d'un gros intestin grêle; sa muqueuse est blanche, d'un peu moins d'un millimètre d'épaisseur, de bonne consistance. Le duodénum et la première moitié du jéjunum offrent une injection ramiforme, sans diminution de consistance de la muqueuse; celle-ci est seulement un peu épaissie comme dans tout le reste de l'intestin où l'on n'observe plus de rougeur. Rate ordinaire. Le rein droit a des conduits urinaires dilatés au point de pouvoir admettre la première phalange du pouce; ils sont tapissés par une muqueuse fine et transparente contenant une petite quantité d'urine troublée par une matière opaque, jaunâtre, muco-purulente. La substance tubuleuse et la substance corticale refoulées par cette dilatation ont cependant, dans ce qui en reste, conservé leur aspect normal. Vessie rétractée de manière à ne pouvoir contenir qu'une noix ordinaire, offrant une vive rougeur ponctuée, répandue sur toute la surface de la muqueuse qui n'offre pas d'autre altération appréciable, contenant une petite quantité d'urine trouble, jaunâtre. Rien de remarquable dans l'utérus ni les ovaires; ces organes sont d'un petit volume. Hymen intact.

Point d'infiltration dans le tissu cellulaire.

Cette observation nous présente, entre autres lésions anatomiques, un exemple remarquable de dilatation des bronches. Bien que les autres maladies ne soient pas dénuées d'intérêt, je ferai quelques réflexions seulement sur celle que j'ai principalement voulu faire connaître. Ces réflexions n'auront qu'un seul but, celui de montrer l'existence d'une pneumonie antérieurement à la dilatation des

bronches. Or, ce fait sera facilement admis lorsqu'on se rappellera qu'un an environ avant l'époque où la malade fut pour la première fois soumise à notre observation, elle avait éprouvé à peu près tous les symptômes qui caractérisent cette affection (douleurs dans la poitrine, et surtout du côté droit; expectoration sanguinolente; crachats jaunes, toux et dyspnée habituelles plus intenses, fièvre). De plus, à l'autopsie, on trouva l'aspect granulé, l'induration et la couleur qui caractérisent une pneumonie chronique. Je possède deux autres exemples de dilatation des bronches, dont l'un a déjà été publié dans mon mémoire sur le tintement métallique, et qui tous deux se sont développés à la suite de pneumonies. C'est en ayant égard au rapport de ces deux maladies, rapports très-fréquents sinon constants, que l'on expliquera d'une manière satisfaisante, et par des considérations physiques, le mécanisme de la formation.

*Kyste de l'Ovaire, tache sanguinolente. (corpus luteum)
sur cet organe.*

Observation recueillie par M. le docteur RIPAULT, de Dijon.

La femme R., allemande, âgée de 27 ans, livrée depuis longtemps à la prostitution, ayant mis fin à ses jours en s'empoisonnant avec du cobalt, l'ouverture cadavérique fut ordonnée par la justice : nous passerons outre sur les détails qui regardent les désordres de l'appareil gastro-intestinal, soit chroniques, soit occasionnés par la substance vénéneuse, pour ne nous attacher qu'à une autre lésion qui, sans être ni rare, ni bien grave dans le moment où nous l'avons observée, n'en constitue pas moins un fait qu'il est bon de noter, en raison de la cause qui l'a provoqué et qu'on ne parvient pas toujours à préciser aussi bien.

L'intérieur de l'utérus était tapissé d'une couche roa-
geâtre, couenneuse et plastique; de la rougeur se retrouvait sur l'ovaire gauche, avec les vestiges de quelques ulcérations très-petites. Du même côté, l'on voyait une

tumeur hydatique semblable à une vésicule de fiel, en raccourci, occuper la trame celluleuse intermédiaire à l'ovaire et au ligament large. Isolée et comme flottante, puisqu'elle n'adhérait que par un côté au repli ligamenteux qui fixe l'ovaire, cette tumeur était distendue par un liquide limpide et clair, ou du moins à peine nuancé comme une solution citrine, sans aucun dépôt de matière concrète, sans rien de grumeleux, ni d'ichoreux. Elle n'avait pas porté d'atteinte à l'ovaire, dont la substance était saine partout. Cet organe offrait l'état de turgescence qui lui paraît être habituel, soit à l'époque des règles, soit au début de la grossesse. Sur sa face supérieure l'on retrouvait la trace de ce corps fameux depuis les recherches de Haller, et connu sous le nom de *corpus luteum*. Ici le corps ou plutôt la tache n'était point jaune. L'on y remarquerait (encore aujourd'hui) un rouge foncé tirant un peu sur le jaune au centre et sur les bords. Le pourtour de la tache principale laissait apercevoir des stries rayonnées, prélude du vestige d'une cicatrice que présentent exclusivement, assure-t-on encore aujourd'hui, les femmes après l'imprégnation.

Nous rappellerons que la femme sur laquelle nous avons fait les remarques nécroscopiques précédentes pouvait se trouver aussi bien au commencement de l'époque menstruelle que de la gestation. Le corps dénommé *corpus luteum* nous confirmerait-il dans cette dernière opinion? Ne serait-il pas autrement le résultat d'une grossesse qui remontait à quelques mois et qui fut interrompue vers la 18^e semaine par un incident dont une odieuse et ignoble plaisanterie fut cause? A l'époque que nous voulons signaler, un militaire, au sortir du cabaret, eut la malheureuse idée de jeter vivant un rat dans le sein de cette femme; un avortement comme instantané résulta d'un tel contact, qui avait été accompagné d'effroi autant que de dégoût.

Quoi qu'il en soit, je croirais volontiers, touchant le *corpus luteum* ou *corps jaune*, qu'à l'instar des ecchymoses,

la couleur rouge sur l'ovaire se dissipe insensiblement, et qu'avant de disparaître, cette couleur passe par un état analogue à celui du sang extravasé dont la résorption s'opère d'une manière graduelle, en laissant jaunir sa surface. Ce n'est pas que j'aie la prétention d'être le premier à exprimer ce sentiment. Aucun auteur cependant ne m'a laissé rien entrevoir de semblable sur cette opinion; aussi de nouvelles recherches deviendraient-elles à cet égard nécessaires.

Quant à la tumeur hydatique en question, dépend-elle de fausses grossesses antécédentes dont personne ne peut répondre, cette femme du reste n'en ayant eu, dit-on, aucune à terme? Résulterait-elle autrement de l'orgasme des parties génitales, de l'éréthisme des organes de la reproduction, éréthisme devenu pour cette femme une habitude et un besoin? Nous le supposons et avec foudement; aussi n'hésitons-nous pas à tirer de ce fait une conclusion qui nous porte à signaler le danger que court la classe des prostituées en se livrant à un commerce dont la fin n'est pas de flétrir seulement leur teint et leur fraîcheur avec une promptitude extrême, mais de dépraver encore chez elles les organes même les moins sensibles en apparence.

Ankylose du genou.

Observation recueillie par M. DEVILLE, interne des hôpitaux.

Cette ankylose a été observée chez une jeune fille nommée Magnin Jeannette, âgée de 19 ans, domestique, entrée à l'hôpital de Lourcine le 7 novembre 1840 et morte dans ce même hôpital le 17 mars 1842, salle Saint-Louis, 9, d'une bronchite générale et d'une pneumonie lobulaire consécutives à une rougeole.

Dans le courant de l'été 1841, cette jeune fille, bien constituée, robuste, très-grasse, avait eu une arthrite aiguë du genou gauche, arthrite qui fut traitée largement

par les antiphlogistiques dans le service de M. Vidal à Lourcine, où cette malade se trouvait pour un écoulement, à ce que je crois. A la suite de cette arthrite, malgré tous les soins qu'on ait employés, ainsi que cela arrive si souvent du reste, la jambe s'est fléchie peu à peu sur la cuisse, au point qu'en dernier lieu elle formait avec celle-ci un angle obtus de 120 à 130 degrés. Pendant longtemps, et même jusque dans ces derniers jours, il était resté un degré assez marqué d'empatement et d'irritation, que des cautères, des ventouses scarifiées, surtout des vésicatoires volants, et, en dernier lieu, quelques applications de sangsues avaient fini par calmer à peu près complètement.

Lorsque, il y a une vingtaine de jours, cette malade fut prise de rougeole, voici quel était l'état de son membre inférieur gauche.

A l'extérieur, il n'y avait pas d'atrophie sensible, à la vue du moins, car je n'ai pas pris de mesures. La jambe fléchie sur la cuisse faisait avec celle-ci en arrière un angle obtus de 120 à 130 degrés; il était tout à fait impossible à la malade de s'en servir pour la déambulation, qui ne pouvait avoir lieu qu'à l'aide d'une béquille. Le genou, dans presque toute son étendue, était indolent, sauf en dedans du ligament rotulien où la malade éprouvait dans certains moments une douleur sourde. Les muscles du jarret, biceps, demi-membraneux et demi-tendineux, étaient fortement tendus, surtout lorsqu'on essayait d'étendre la jambe. Il était très-aisé de faire exécuter quelques mouvements à la jambe, d'arrière en avant, mais peu étendus et non douloureux d'ailleurs; la rotule seule, quelque moyen qu'on ait employé, n'avait pu être déplacée. Le diagnostic était très-simple; il s'agissait d'une ankylose incomplète du tibia sur le fémur, avec soudure de la rotule.

Quel traitement employer dans ce cas? La question était très-difficile à résoudre. Jusqu'à présent, on n'avait encore

rien pu employer à cause de l'état d'empatement et d'irritation qui ne venait que de disparaître.

Sur ces entrefaites, la malade a été prise de tous les prodromes d'une fièvre éruptive, d'autant plus facile à reconnaître que depuis assez longtemps l'hôpital de Lourcine, soit à cause de son humidité, soit pour tout autre motif, présente de nombreux malades affectés d'une fièvre éruptive, variole, rougeole ou scarlatine. Chez la malade dont il s'agit, la rougeole a été extrêmement intense, confluente, si je puis ainsi dire; elle a suivi ses phases assez régulièrement, mais elle a laissé après elle une bronchite générale des deux côtés, caractérisée par une gêne extrême de la respiration, un râle muqueux et sous-crépitant presque général dans la poitrine, et une expectoration purulente extrêmement abondante, ressemblant beaucoup à celle des phthisiques; sur la fin, sans qu'il y ait eu aucun phénomène sensible à la percussion, on entendait, en même temps que le râle muqueux, un râle crépitant assez caractérisé. La malade est morte dans un état assez voisin de l'asphyxie, dans la matinée du 17 mars dernier.

A l'autopsie, outre une bronchite et des noyaux assez nombreux et isolés de pneumonie lobulaire, l'articulation du genou a présenté les désordres suivants :

L'aspect extérieur de l'articulation est le même que celui du membre entier, c'est-à-dire que le tibia est fléchi sur le fémur au même degré que pendant la vie, et bien que les muscles soient tous enlevés.

L'articulation n'existe plus à proprement parler; il n'en reste que deux petites articulations latérales parfaitement distinctes et indépendantes, qui ont lieu entre les cavités du tibia d'une part, et une portion des faces inférieures et postérieures des condyles fémoraux d'autre part. Ces petites articulations, qui permettent quelques légers mouvements, paraissent avoir conservé chacune leur cartilage inter articulaire.

En avant, la plus grande partie de la surface cartilagineuse des condyles fémoraux et de l'espace inter-condylien est à nu, entièrement dépourvue de synoviale et en contact immédiat avec une grande quantité de graisse. La rotule est soudée intimement dans la poulie fémorale par des adhérences cartilagineuses; ce sont les cartilages d'incrustation des deux os qui se sont confondus, réunis ensemble, tout en conservant leurs caractères, quant à leur aspect, leur consistance, etc. Le cul-de-sac sous-tendineux de la synoviale manque aussi bien évidemment. Les cartilages d'incrustation des condyles, dans toute leur portion qui est à découvert, sont usés, un peu déformés et commencent à disparaître. Entre les condyles se voit l'espace inter-condylien postérieur, jusqu'au niveau de l'insertion des ligaments croisés.

En arrière se voit un aspect analogue, c'est-à-dire que l'articulation est divisée en deux articulations latérales séparées par l'espace inter-condylien, qui est rempli par de la graisse, dépourvu de synoviale, et laisse voir à nu la face postérieure des ligaments croisés. Les expansions aponévrotiques des jumeaux et du demi-membraneux, qui constituent en grande partie normalement le ligament postérieur de l'articulation, sont ici entièrement isolées et séparées de l'espace inter-condylien par une grande quantité de graisse.

Le ligament latéral interne n'offre rien de particulier; il fortifie la petite articulation interne.

Le ligament latéral externe est sensiblement dévié en arrière et en bas, mais ne gêne en rien le peu de mouvements que le tibia peut exécuter sur le fémur.

Chacune des petites articulations latérales est fortifiée en outre par une foule de petits faisceaux fibreux peu résistants.

Les os sont sains, non atrophiés, non injectés; la partie

postérieure du condyle externe du fémur présente seule une végétation osseuse.

On voit, d'après ces détails, combien auraient été insuffisants chez cette malade la plupart des traitements conseillés pour les ankyloses. La section des tendons du jarret, bien que les muscles parussent rétractés, aurait été tout-à-fait illusoire. Au premier abord, ce cas eût paru favorable à l'application de la machine Louvrier; mais outre les inconvénients graves, et sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister, de cette machine, il est aisé de voir qu'en essayant de rompre brusquement l'ankylose chez cette malade, comme le centre du mouvement de rotation forcé, exécuté par le tibia, aurait été sur la partie postérieure des condyles fémoraux, on aurait produit, comme dans tant d'autres cas, une luxation postérieure du tibia sur le fémur.

La rotule n'aurait pas beaucoup gêné sous ce rapport par sa soudure, car elle est soudée tout-à-fait en avant, ce qui n'arrive pas toujours malheureusement; souvent elle se soude sur la partie inférieure des condyles fémoraux, et elle rend la difformité incurable, ainsi que M. Velpeau l'a déjà clairement démontré dans son article du *Dictionnaire* et dans ses leçons cliniques, publiées, en 1840, dans la *Gazette médicale*, bien avant M. Bérard jeune. Dans le cas actuel, la soudure de la rotule, empêchant la transmission de l'action des muscles extenseurs de la jambe, ne permettrait pas d'attendre une guérison; tout ce qu'on aurait pu espérer, aurait été, par l'emploi de moyens extensifs longtemps continués et sagement combinés, de ramener le tibia au-dessous du fémur, de manière à obtenir une ankylose droite au lieu d'une ankylose à angle.

Le mode de soudure de la rotule est assez curieux à examiner; ce sont, comme je l'ai dit, les cartilages d'incrustation qui se sont soudés entre eux. Comment a pu se faire cette soudure? Ici revient la grande question de sa-

voir si les cartilages diarthroïaux sont ou ne sont pas vivants. La pièce que je présente pourrait être invoquée avec avantage pour démontrer que les cartilages sont vivants, car il n'est guère possible d'admettre qu'ils aient pu se souder, se confondre ensemble en conservant leurs caractères normaux, sans qu'un certain travail se soit fait en eux. On pourrait, il est vrai, prétendre qu'une fausse membrane s'est formée sur les surfaces cartilagineuses, les a réunies, puis a disparu ; mais que de suppositions peu probables on est obligé de faire pour une chose si simple dès qu'on admet la vitalité des cartilages. Comment comprendre d'ailleurs que les cartilages sont restés réunis après la disparition d'une fausse membrane dont il n'existe plus de traces ? Et ce sont sans contredit les cartilages qui se sont soudés, car, à la partie inférieure, le cartilage unique qui réunit la rotule au fémur se divise en deux lames, dont l'une revêt la partie la plus inférieure de la rotule, et dont l'autre se continue sur les condyles fémoraux.

Pour ma part, j'en trouve pas du tout que la question de la vitalité des cartilages soit encore résolue ; des faits nombreux plaident en faveur de cette vitalité, et la pièce que je présente à la Société n'est pas, il me semble, un des moindres arguments à l'appui ; mais, d'un autre côté, il y a aussi des arguments bien sérieux qui tendent à faire rejeter la vitalité des cartilages.

Je ne sais pas s'il existe beaucoup de cas de soudure des cartilages entre eux ; j'en doute, car M. Cruveilhier admet d'une manière formelle qu'une ankylose ne peut avoir lieu tant que les cartilages ne sont pas résorbés. M. Cruveilhier décrit bien des adhérences cartilagineuses, mais pour lui ces adhérences sont des pseudo-membranes d'abord molles, qui ont pris peu à peu la consistance du cartilage.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVII^e ANNÉE.

BULLETIN N° 9, (Novembre 1842.)

RÉDIGÉ

Par MM. CONTOUR, CRUVEILHIER, DEBROU, DEMAUX,
DURAND-FARDEL, GAUBRIC, GOSSELIN, LIVOIS, PIGNÉ,
RENDU et A. TARDIEU, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. — *Extrait des procès verbaux des séances de la Société.*
(1^o Calculs vésicaux. — 2^o Tumeur éléphantiaque des grandes lèvres. — 3^o Fistule urinaire. — 4^o Gangrène humide spontanée. — 5^o Tumeur encéphaloïde occipitale. — 6^o Cancer du sein. — 7^o Phlébite. — 8^o Etroitesse absolue, sans déformation, du bassin. — 9^o Péricardite. — 10^o Hernie crurale récente étranglée.)
- B. — *Diathèse tuberculeuse.*
- C. — *Recherches sur les Echinocoques (Rapport).*
- D. — *Rétrécissement de l'urèthre, squirrhe du cæcum, péritonite chronique, corps étranger dans l'intestin.*
- E. — *Phlébite iliaque chez une phthisique.*

Extrait des procès-verbaux de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1^o M. Ripault montre deux très-petits calculs trouvés chez un individu mort d'indigestion, et qui six ans auparavant avait été taillé par la méthode latérale. La cicatrice résultant de l'opération avait formé deux petites vacuoles où s'étaient déposés les calculs; l'un arrondi, l'autre triangulaire et à facettes; de sorte que, consi-

décidés isolément, leur forme n'eût pu servir à déterminer le nombre de calculs qui pouvaient exister dans la vessie : l'un semblant être unique ; le second, au contraire, en rapport avec d'autres.

2° M. *Denonvilliers* communiqué le fait suivant : Une jeune fille de 18 ans, placée à l'hôpital Saint-Antoine, portait depuis neuf ans à la vulve, sur la grande lèvre gauche, une tumeur plus grosse que le poing, qui avait augmenté graduellement de volume sans douleur, sans changement de couleur, un peu plus étroite à sa base ; présentant sur un point très-limité un peu de rougeur et d'induration granulée de la peau. Au toucher, on sentait que les parois devaient être doublées par un feuillet plus dur. Ce ne pouvait être qu'un kyste ou une tumeur élephantiaque ; le siège indiquait plutôt cette dernière. Elle fut enlevée, et l'on vit qu'elle était formée par un tissu cellulo-fibreux non vasculaire ; que le tissu cellulaire sous-cutané se confondait avec le derme : qu'il n'y avait pas de cavité au centre de la tumeur, qui était seulement infiltrée d'une grande quantité de liquide : c'était une hypertrophie avec hypersécrétion du tissu cellulaire. — Sur la grande lèvre droite il existe une tumeur semblable qui n'est pas encore parvenue à un aussi grand développement.

3° M. *Tavignot* présente les organes génito-urinaires d'un homme de 35 ans, qui reçut en duel, il y a dix ans, un coup de baïonnette au périnée, à la naissance des bourses. Il conserva depuis cette époque une fistule urinaire. Les corps caverneux avaient été coupés, et il n'y avait plus d'érection que dans la partie postérieure du pénis. Il avait eu plusieurs blennorrhagies, et c'est pour un rétrécissement de l'urèthre qu'il est entré à l'hôpital Necker. Il y est mort d'un rhumatisme aigu avec péricardite. — On voit qu'au niveau de la blessure le corps caverneux est remplacé par un tissu fibreux. Toute la partie antérieure du canal est oblitérée. En arrière de la fistule on voit un rétrécissement formé par des brides, et comme des colonnes formées sur la muqueuse qui a pris un aspect aréolaire. Il s'est formé plusieurs fois des abcès urinaires. La prostate est hypertrophiée, et de plus parsemée d'un grand nombre de petites collections purulentes.

M. Livois demande si les symptômes que l'on a attribués à un rhumatisme ne dépendaient pas plutôt de l'affection purulente des voies urinaires qui se complique souvent d'accidents semblables.

M. Tavignot répond que rien n'a pu le faire penser, la marche de la maladie ayant été celle d'un véritable rhumatisme articulaire aigu.

4. M. Tavignot montre encore une pièce recueillie chez une femme de 69 ans, qui présentait une *gangrène humide* de la jambe droite, en même temps qu'une maladie du cœur. Durant son séjour à l'hôpital, elle fut frappée d'une hémiplegie du côté droit et ne tarda pas à succomber. Le cœur est dilaté et l'orifice aortique rétréci. Le système artériel du côté où existait la gangrène se présente dans l'état suivant : La partie supérieure de l'iliaque externe est normale. Au-dessous de la fémorale profonde l'artère est rouge et contient une matière fibrineuse déjà altérée, et contenant de la sérosité au centre; mais entourée à l'extérieur d'une pseudomembrane lisse et polie. Ce caillot s'étend dans toute la longueur de la fémorale et de la poplitée; au-dessous les artères sont complètement oblitérées par une matière solide et presque crétacée. Les veines contenaient des caillots très-récents. On trouve en outre un ramollissement cérébral. Ce fait est en désaccord avec l'opinion qui attribue la gangrène humide exclusivement à une altération des veines, puisqu'ici il est évident que la lésion principale et primitive avait son siège dans le système artériel.

M. Denonvilliers s'élève contre les conclusions que M. Tavignot a cru pouvoir poser. Ce fait n'est pas probant; car il y avait à la fois lésion de la veine et de l'artère. La proposition de Godin était trop absolue; il est plus vrai de dire, comme l'ont fait les auteurs du *Compendium de chirurgie*, que lorsque l'altération de l'artère est combinée avec celle de la veine, la gangrène est le plus souvent humide. M. Mercier fait la remarque que l'observation du fait indiqué par François et par Godin avait été notée très-explicitement par Sauvages dans la *Nosologie*.

5. M. Alphonse Pasquier adresse à la Société des pièces recueillies chez un jeune soldat de 24 ans. Entré à l'hôpital de Saint-Denis pour une carie de la tête du péroné au mois de décembre, il ressentit vers le mois de mars une douleur à l'oreille gauche, puis du gonflement survint. Le 5 mai, paralysie de la langue, du bras droit et de la jambe. L'hémiplegie fut complète. Après la mort on trouva derrière l'occipital une tumeur encéphaloïde qui s'est fait jour par le trou occipital, et comprimait le bulbe rachidien.

M. Barth, frappé de l'existence d'un cancer chez un sujet si jeune, pense plutôt qu'il s'agit d'un tubercule. L'affection des os paraît de la même nature. Mais M. Pasquier soutient qu'on ne peut douter de la nature cancéreuse de cette tumeur.

6° M. *Lambron* montre une *dégénérescence particulière du sein* trouvée chez une femme de 41 ans, dont la santé générale était bonne. La tumeur, qui n'avait jamais causé de grandes douleurs, mais seulement quelques élancements, était formée par un kyste alvéolaire dont les cloisons fibreuses servaient de pédicules à des espèces de végétations transparentes et blanches. Était-ce un premier degré de cancer colloïde ou d'encéphaloïde. — M. *Depuisaye* pense que l'on ne peut voir ici qu'un commencement de transformation du tissu fibreux en tissu encéphaloïde.

7° M. *Lambron* appelle l'attention de la Société sur un point de l'anatomie pathologique *de la phlébite*. Chez une jeune fille qui a succombé à l'amputation de la jambe, pratiquée pour une tumeur blanche du pied droit, on trouva après la mort une phlébite et du pus dans les muscles de la cuisse, mais pas dans les viscères. Il existe deux veines crurales; l'une est remplie simplement par un caillot, tandis que dans une des petites veines collatérales qui les unissent entre elles on voit du pus. M. *Lambron* pense que ce fait pourrait être invoqué en faveur du transport du pus dans les veines, la collatérale ayant servi ici à faire passer le pus d'une des veines fémorales dans l'autre. Dans la même pièce on voit aussi une exsudation fibro-cartilagineuse tout à fait indépendante du périoste.

M. *Jousset* fait remarquer qu'au-dessus de la veine suppurée il y a un caillot qui rend le passage du pus tout à fait impossible.

M. *Cazeaux* ajoute que le pus trouvé dans la veine collatérale peut très-bien s'être formé dans cette veine elle-même.

M. *Lambron* répond qu'il ne prétend pas donner à ce fait plus de valeur qu'il n'en a, mais qu'il acquiert plus d'importance si on le rapproche de l'identité de symptômes produits par l'infection purulente et l'injection du pus dans le sang, identité que des expériences propres à M. *Lambron* lui ont démontrée.

M. *A. Tardieu* dit que ce serait une grande erreur de conclure de ces expériences que toute infection purulente est produite par le passage du pus dans le sang. Elles ne prouvent qu'une chose, c'est que l'injection de matières purulentes dans les veines est une des causes nombreuses du développement de la diathèse purulente.

M. Jousset possède aussi un cas de diathèse purulente spontanée chez un jeune homme non atteint de morve, et qu'il n'avait pas disséqué.

Pour le détroit supérieur. — Diam. antéro-postérieur. . 3 p. 1 l.
 Transverse. . . . 4 p. 1 1/2 l.
 Obliques. . . . 4 p. 1 1/4 l.
 — détroit inférieur. — Diam. antéro-postérieur. . 3 p.
 Transverse. . . . 3 p. 2 l.
 Obliques. . . . 3 p. 2 l.
 — grand bassin. — D'une crête iliaque à l'autre. . 8 p. 1 1/2 l.
 D'une épine ant. et sup. à l'autre. 7 p. 8 l.
 — et inf. à l'autre. 6 p. 8 l.

Digitized by Google

cela l'accouchement eût été difficile. Ce fait est un de ceux qui indiqueraient l'accouchement prématuré artificiel, et qui prouvent la nécessité de cette opération. — M. Pigné s'élève personnellement contre cette dernière proposition, dont M. Depaul n'hésite pas à accepter la responsabilité.

9° M. de *Castelnau* rapporte le fait suivant : Un homme de 62 ans, n'ayant eu ni rhumatisme ni maladies graves, ressentait depuis trois ans un étouffement avec enflure des jambes. Le pouls était inégal, intermittent, la quatrième pulsation manquait; il n'y avait pas de bruit anormal, pas d'impulsion; quelquefois dans l'expiration seulement un très-léger frémissement. Matité étendue. On diagnostiqua une *péricardite*, malgré l'absence du frottement. Le malade meurt avec des signes d'œdème pulmonaire et d'épanchement. Sur toute la surface du cœur on trouvait une couche très-épaisse formée par un tissu offrant une grande analogie avec le tissu charnu du cœur.

10° M. *Denonvilliers* présente une pièce qui provient d'un homme, âgé de 70 ans, lequel se présenta à l'hôpital le 23 juillet pour y être traité d'une tumeur située dans l'aîne gauche. Les renseignements recueillis dans la famille du malade apprirent que : 1° jamais aucune tumeur n'avait été remarquée dans l'aîne avant le 19 juillet; 2° ce jour-là, après des coliques et des efforts infructueux pour aller à la selle, on vit pour la première fois se montrer une tumeur; 3, depuis ce moment les garde-robes furent complètement supprimées, et l'on observa quelques vomissements de matières bilieuses. Il semblait donc qu'il s'agissait d'une *hernie crurale récente, étranglée* au moment même de sa formation. La tumeur était du reste grosse comme un œuf de pigeon, allongée dans le sens du ligament de Fallope, dure, rouge, rénitente, irréductible, douloureuse; le ventre ballonné, sonore, sensible à la pression; le facies abattu, la respiration anxieuse, le pouls faible, petit et fréquent : réunion de symptômes qui ferait craindre l'existence d'une péritonite, déclarée déjà depuis un temps indéterminé.

L'opération qui fut pratiquée présenta ceci de particulier que, le sac ayant été largement ouvert, son collet attiré au dehors, et incisé, on ne put néanmoins réduire, et qu'il fallut de toute nécessité couper le ligament de Gimbernat, le long de son insertion au pubis, dans l'étendue d'un centimètre environ, pour dilater l'anneau fi-

breux, très-étroit, qui causait l'étranglement. L'intestin ne put rentrer qu'après que des adhérences récentes, contractées avec le sac, eurent été détruites : il était exempt de gangrène, mais infiltré de matière jaune, albumineuse ou purulente, indiquant une inflammation dans la couche celluleuse sous-péritonéale.

Le malade ayant succombé huit heures après l'opération à la péritonite, qui fit des progrès rapides et non-interrompus, on put constater d'abord que la cause matérielle de l'étranglement résidait bien dans l'anneau fibreux, et nullement dans le collet du sac, lequel se déplaçait avec la plus grande facilité; ce qui cadre parfaitement avec les circonstances de l'opération. On remarqua en outre que le sac présentait une petite cavité secondaire, de grandeur suffisante pour loger le bout du petit doigt, et garnie à son entrée d'un collet, circonstance qui porta à mettre en question si le malade n'avait pas depuis longtemps dans l'aîne gauche une petite tumeur herniaire qui n'avait été remarquée ni par lui ni par les personnes de son entourage. On vit, en examinant l'intérieur de l'abdomen que : 1° l'anse herniaire, d'une longueur de 6 à 8 centimètres, occupait l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de l'intestin grêle; 2° la partie de l'intestin inférieur à l'anse herniaire était peu tendue et presque affaissée; 3° la partie supérieure était distendue, remplie de gaz et de matières sanguinolentes, comparables à de la purée pour la consistance; 4° cette même partie était enflammée, couverte de fausses membranes, et adhérente aux parois abdominales, dont le péritoine était également enflammé; 5° la fosse iliaque gauche était exempte d'inflammation; 6° il n'y avait dans la cavité abdominale, et notamment dans la fosse iliaque indiquée, aucune trace d'épanchement de matières; 7° l'anse herniaire avait déjà contracté des adhérences avec la paroi abdominale, et était ainsi retenue derrière l'anneau; 8° on sentait, dans l'intérieur de cette anse, un petit corps globuleux résistant; 9° en l'incisant on put constater que le corps en question n'était autre chose qu'une cerise à l'eau-de-vie, encore entière.

Que cette cerise eût été introduite dans l'anse herniaire avant l'étranglement, ou qu'elle y fût tombée seulement après l'opération et la réduction dans l'abdomen, opinion vers laquelle incline M. Denonvilliers, toujours est-il qu'elle paraît avoir exercé une fâcheuse influence relativement au rétablissement du cours des matières;

car celles-ci avaient séjourné dans le bont supérieur, retenues qu'elles étaient par le corps étranger. Ce dernier, en effet, ayant été repoussé jusqu'à la partie inférieure de l'anse herniaire, point où elle avait été rétrécie par le fait de l'étranglement et où ses tuniques muqueuse et musculuse avaient été coupées, s'y était arrêté, y avait été comme enclavé, et jouait là le rôle d'un bouchon, d'un obstacle infranchissable. Ce qui rend cette hypothèse plus plausible encore, c'est qu'on remarque une déchirure, de 3 à 4 millimètres de diamètre, sur un des points du cercle intestinal qui embrassait la cecce, déchirure déterminée sans doute par la pression qu'exerçaient sur le corps étranger les matières chassées par les contractions intestinales. Ajoutons enfin que la déchirure dont il s'agit ne paraît pas avoir contribué au résultat fâcheux de la maladie; car tout épanchement par cette voie fut prévenu au moyen des adhérences que contracta si promptement l'anse intestinale, et par la présence même du corps étranger au niveau du point où il avait déterminé la rupture.

Diathèse tuberculeuse.

Observation recueillie par M. MILGENT, interne des
hôpitaux.

Devif (Claude) âgé de soixante-trois ans, est né de parents bien portants ; lui-même a toujours joui d'une assez bonne santé. A l'âge de dix-sept ans il a fait une chute de vingt pieds de hauteur, pendant qu'il était dans un état de somnambulisme. Cette chute n'a eu d'autre résultat que de fortes contusions. Ensuite il a été pendant deux ans militaire ; à l'âge de vingt-six ans, il a eu deux gonorrhées ; pas d'autre maladie jusqu'à quarante ans, époque à laquelle il fut pris d'une fluxion de poitrine. Depuis lors il a été sujet à des douleurs rhumatismales. Au mois de mars 1841, il a été pris de douleurs très-vives entre les deux épaules ; ces douleurs ont duré cinq mois, et ont été traitées par des vésicatoires et des emplâtres stibiés ; lorsqu'elles ont disparu, les jambes se sont paralysées. Cette paralysie s'est déclarée lentement. Le malade éprouvait des picotements, des fourmillements dans les membres inférieurs. Il ne pouvait marcher qu'avec le secours de béquilles, la paralysie du mouvement était en effet incomplète ; la sensibilité, au contraire, était presque entièrement abolie. Cet état n'a point changé depuis, ou plutôt n'a fait qu'empirer.

Il y a cinq mois, une petite grosseur a commencé à paraître sur la face antérieure de la poitrine, au-dessus du tiers moyen du sternum. En trois semaines elle a acquis le volume qu'elle présente maintenant (4 janvier 1842), ce volume égale à peu près celui d'une grosse datte. Cette tumeur est semi-fluctuante, peu douloureuse ; du reste, il n'y a autour d'elle aucun signe d'inflammation.

Le malade éprouvait ensuite une gêne de la respiration assez marquée par moments ; il toussait, surtout la nuit, et il expectorait des crachats épais, muqueux ; il ressentait de temps à autre des douleurs vives, aiguës dans le thorax ;

les mouvements imprimés au malade étant douloureux et difficiles, l'auscultation et la percussion ne purent être pratiquées d'une manière suffisante : pendant longtemps on ne crut trouver aucun signe stéthoscopique. Plus tard, on entendit du râle muqueux.

Dans le courant de février, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du troisième orteil du pied gauche, on remarqua une tache rouge liée de vin, la peau s'ulcéra : il s'écoula par l'ouverture de la sérosité roussâtre, grumeuse. Un stylet introduit dans cette ouverture pénétrait jusqu'aux os dénudés. Enfin, une fistule s'établit, et resta dans le même état jusqu'à la mort du malade.

Il maigrissait depuis longtemps, mais d'une manière lente ; cependant les accès de dyspnée se rapprochaient et la toux devenait de plus en plus pénible ; enfin, il survint de la fièvre, de la diarrhée, des sueurs. Le malade se plaignait d'une douleur vive, mais intermittente du côté gauche de la poitrine, où la respiration se faisait moins bien que du côté droit ; enfin, il finit par succomber dans un degré avancé de faiblesse et de marasme.

Autopsie. 1° Au-dessous des insertions thoraciques du grand pectoral, au niveau de la partie supérieure du corps du sternum, existe un kyste, facile à isoler des parties environnantes. Ce kyste est de forme convexe ; de sa base à son sommet, il présente une étendue de 4 centimètres environ sur deux de large ; il est couché transversalement en avant du sternum, auquel il adhère seulement par sa base ; son sommet est libre, incisé. Ce kyste offre à considérer des parois épaisses et résistantes, et il contient dans sa cavité une masse compacte de matière tuberculeuse, blanche, crêmeuse, d'une consistance de fromage mou. Le kyste communique par sa base avec une collection tuberculeuse qui existe un peu au-dessous du point de réunion de la tête et du corps du sternum, et au niveau de laquelle existe une solution de continuité de cet os. Après l'avoir

soié longitudinalement, on reconnaît qu'en différents points de son étendue, il est infiltré de matière tuberculeuse, mais particulièrement au-dessus et au-dessous de la collection de la même nature qui existe à la hauteur de la solution de continuité et de la destruction complète indiquée plus haut. Du reste, il n'y a aucune trace d'inflammation. Partout l'os présente une coloration normale et une teinte blanchâtre dans les points infiltrés.

2° Au niveau de la deuxième vertèbre dorsale, en avant et sur le côté gauche, existe un autre kyste tuberculeux, tout à fait analogue au précédent, à peu près de la même grosseur et présentant des parois aussi épaisses, aussi faciles à isoler des parties environnantes et contenant une matière identique à celle du kyste sternal. Une partie du corps de la deuxième vertèbre dorsale et de la troisième du côté gauche, les apophyses transverses de ces vertèbres et la tête des côtes correspondantes sont cariées, en partie détruites, baignées par de la matière tuberculeuse à moitié ramollie, au milieu de laquelle se trouve un petit séquestre. A ce niveau, cette matière ainsi collectée et pénétrant dans la cavité du canal rachidien, comprime la face antérieure de la moelle dans une étendue de 2 centimètres environ. La moelle, examinée avec soin, ne présente en ce point aucune altération dans ses enveloppes; mais sa propre substance est ramollie à l'état pulpeux, sans autre lésion du reste qu'un ramollissement pur et simple dans une étendue égale à celle du point comprimé.

3° Au pied gauche, où existe une fistule au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du troisième orteil, on trouve l'os métatarsien correspondant dénudé, carié, friable, infiltré de matière tuberculeuse.

4° Il existe des traces manifestes d'une double pleurésie tuberculeuse; la plèvre costale droite est adhérente au poumon par des brides nombreuses et anciennes; la cavité pleurale gauche est remplie d'un liquide séreux, flocon-

neux; toutes deux, sous leur feuillet costal et leur feuillet pulmonaire, présentent une quantité considérable de granulations blanchâtres, arrondies, un peu saillantes, isolées les unes des autres, de la grosseur d'un grain de chenevis, parfaitement visibles à travers la séreuse, et tranchant par leur couleur blanche sur la coloration rouge générale de la plèvre. Dans les poumons se trouvent des tubercules à l'état de collection et d'infiltration; plusieurs petites cavernes en occupent le sommet.

5° Enfin, dans l'intestin grêle, surtout dans sa dernière moitié, on trouve un grand nombre d'ulcérations tuberculeuses, arrondies, la plupart isolées, bien circonscrites, quelques-unes remplies encore de débris tuberculeux. Dans le gros intestin aucune altération de cette nature.

Les principales remarques auxquelles donne lieu cette observation sont les suivantes : 1° l'identité des lésions, malgré la diversité de siège, indiquent dans ce cas, comme dans un grand nombre d'autres semblables dont les observations sont recueillies, et dont on voit tous les jours des exemples, que la maladie est générale, qu'elle est la manifestation d'une tendance générale de l'économie à la formation d'un même produit morbide.

2° Nous avons là un nouveau fait à ajouter à tant d'autres qui prouvent la nature tuberculeuse de ces altérations autrefois désignées seulement sous le nom de caries osseuses. On y voit la nature spéciale et le développement particulier de ces kystes appelés improprement abcès par congestion, lesquels diffèrent si essentiellement des collections purulentes, des abcès ordinaires. Il y avait dans un cas analogue, recueilli par moi à la Charité dans le service de M. le professeur Cruveilhier, deux grands kystes tuberculeux occupant les gouttières vertébrales (l'un d'eux tenait toute la longueur du dos); ils adhéraient par leur base à des vertèbres infiltrées de matières tuberculeuses

et communiquaient de plus avec une caverne pulmonaire. Cette pièce a été présentée à la Société anatomique.

3° La paralysie n'a été accompagnée dans ce cas d'aucune déviation de la colonne vertébrale.

Recherches sur les Echinocoques.

Rapport de M. Eug. Livois sur deux Observations d'Hydatides présentées par MM. Neucourt et Caron (1).

Il y a quelque temps déjà, M. Neucourt vous a présenté sous le nom d'acéphalocystes de nombreux kystes séreux contenus dans de vastes poches qui avaient envahi les poumons, le foie, la rate, les épiploons d'une vieille femme morte à la Salpêtrière. L'auteur de l'observation avait pris soin d'appeler tout particulièrement votre attention sur la présence d'un assez grand nombre de petits corps blancs comparables à des grains de semoule qui nageaient dans le liquide des kystes ou qui adhéraient à leurs parois. Une discussion un peu prématurée, selon nous, a déjà été soulevée sur la nature probable de ces petits corps, et il a été convenu que de nouvelles recherches étaient nécessaires avant de rien conclure. Ces recherches ont été faites séparément par M. Neucourt et par votre rapporteur, et l'un et l'autre nous sommes arrivés aux mêmes résultats; c'est-à-dire à constater que ces granulations n'étaient point, comme on avait pu le croire au premier abord, et même comme on était venu l'avancer ici, des acéphalocystes en germe, mais bien des êtres complets qui pouvaient être rapportés au genre des hydatides que Rudolphi le premier a décrits sous le nom d'*echinococcus*. Ce point de l'observation de M. Neucourt est le seul dont nous nous soyons occupé, parce qu'il nous a paru en être le point le plus important. Qu'aurions-nous pu dire sur le siège, le nombre, l'aspect des hydatides qui ne fût parfait-

(1). Voy. p. 235 et 247.

tement connu ? il n'en sera peut-être pas de même de l'échinocoque, qui nous a paru peu étudié et mal décrit dans la plupart des ouvrages de médecine qui en ont traité.

Nous avons cru, après nous être assuré de toutes les lumières déjà répandues sur ce sujet, qu'il pourrait ne point être sans intérêt d'y revenir encore et de ranimer une discussion qui fut si vive au commencement de ce siècle entre les naturalistes et les médecins. C'est à l'époque où Laënnec publia son remarquable Mémoire sur un nouveau genre de vers vésiculaires, le plus important dans la pathologie humaine, et auquel il donna le nom d'acéphalocystes. L'existence indépendante de ces productions organiques, au sein des parties dans lesquelles elles se développent, fut pour Laënnec une preuve suffisante d'animalité. Mais les naturalistes, plus rigoureusement exacts, se refusèrent à regarder comme de véritables vers ces vésicules sans tête, sans suçoirs, sans crochets; pour eux c'étaient de simples kystes séreux, des poches d'enveloppe dans la plupart desquelles étaient renfermés des êtres réellement doués de vie. Telle fut l'opinion émise et soutenue avec talent par Rudolphi, le plus habile adversaire de Laënnec; et c'est cette opinion que nous venons vous rappeler aujourd'hui comme un nouveau sujet de recherches bien digne de fixer l'attention de la Société anatomique. Nous avons lu tout ce qui a été écrit sur les acéphalocystes, et il en est résulté pour nous cette conviction que les médecins avaient eu une confiance trop absolue dans la parole du maître, et qu'ils n'avaient étudié que très-superficiellement ces productions, du moins sous le point de vue de l'histoire naturelle. On a bien noté, il est vrai, ces granulations, ces grains de semoule, comme on les a appelés; mais on s'est borné à les étudier à l'œil nu, tandis qu'on ne pouvait avoir une connaissance exacte de leur nature qu'en les étudiant à l'aide du microscope. On a continué de leur donner, comme l'avait fait Laënnec, le nom d'acé-

phalocystes en germe ; mais il est évident que cette assertion a été erronée souvent, nous n'osons point encore dire toujours ; c'est ce qui résulte de nos recherches faites depuis quelque temps sur les vésicules prises chez les animaux ou chez l'homme, et qui nous ont permis de constater dans leur intérieur la présence soit de cysticerques, soit d'échinocoques. Enfin, ce qui vient encore justifier nos reproches à l'égard des pathologistes qui se sont livrés à l'étude des vers vésiculaires, c'est la description qu'on nous donne (même dans les ouvrages les plus récents) de l'échinocoque, qui a pourtant été décrit avec tant de soin et d'exactitude par les naturalistes allemands. C'est ainsi que dans les Dictionnaires de Médecine Vétérinaire et des Sciences médicales on parle d'échinocoques gros comme des œufs de poule ; dans le *Compendium* de médecine et dans les dictionnaires de médecine pratique, d'échinocoques du volume d'un œuf de pigeon, d'une noisette, etc.

Mais jamais l'échinocoque n'apparaît sous cette forme, et il est évident qu'ici on a pris l'enveloppe pour l'animal. Celui-ci, étudié au microscope, se présente sous la forme d'une gourde de pèlerin. La grosse extrémité renflée, qui est le corps, est séparée de la tête, qui est armée d'une simple couronne de crochets, par son col rétréci. On n'y remarque point de suçoirs. Voici d'ailleurs la description qu'en donne M. de Blainville, dans le *Dictionnaire d'histoire naturelle* ; elle est en tout conforme à ce que nous avons observé. Corps mou, peu déprimé, ridé, mais non articulé, en forme de cou, terminé en avant par un renflement céphaloïdien très-distinct, pourvu au milieu d'une couronne simple de crochets, saillant à la surface interne d'une dilatation cystoïdienne commune à un nombre variable d'individus semblables, elle-même contenue dans un kyste fibreux de l'animal étranger. Vous le voyez, tout est complet dans cette description, kyste fibreux commun,

poche acéphalocystique, renfermant un plus ou moins grand nombre d'individus. N'est-ce pas là tout ce qui vous a été montré dans l'observation de M. Neucourt?

Certes ce ne serait point là qu'il faudrait borner l'histoire de l'échinocoque pour qu'elle fût bien complète; mais nous devons avouer que nous n'avons encore que des données bien imparfaites sur la durée de la vie de ces êtres, sur l'influence que peuvent avoir sur eux les diverses altérations des liquides dans lesquels ils nagent, etc. C'est là un sujet de recherches que nous comptons poursuivre, et dont nous vous ferons connaître plus tard les résultats.

Les naturalistes ne sont pas non plus d'accord sur le rang qu'il faut assigner à cette espèce de ver. Pallas et Goeze, qui eurent occasion de l'observer les premiers, en avaient fait une espèce de *tænia*, par suite de l'analogie frappante des crochets dans l'un et dans l'autre. Rudolphi, au contraire, voulut en faire un genre à part, sous le nom d'*échinococcus*. Ces deux opinions ont chacune leurs raisons; de nouvelles recherches sont nécessaires avant de se décider absolument.

On a cru si longtemps que ce ver existait seulement chez les animaux, qu'on l'avait nommé le ver des vétérinaires. On l'appelle, avec aussi peu de raison, l'échinocoque de l'homme; mais il existe dans l'un et dans l'autre avec les mêmes caractères.

Son siège est, comme celui des acéphalocystes avec lesquels il a été confondu dans le parenchyme des organes. On en a trouvé dans le foie, la rate. Rendhorf a publié, en 1822, une observation très-remarquable d'un kyste trouvé dans le ventricule du cerveau.

Placer le rapport sur l'observation de M. Caron à côté de celui qui précède, c'est éviter des redites inutiles, car les deux faits sont à peu près semblables. Ici il s'agit également d'échinocoques renfer-

mées dans des poches prises d'abord pour des acéphalocystes. Mais ces poches, au lieu de nager dans un liquide séreux, nageaient dans un liquide purulent, et nous n'avons plus trouvé que des échinocoques en débris. Nous n'avons pu en trouver qu'un seul à peu près complet, et en-encore manquait-il plusieurs crochets à sa couronne; cela fortifie ce que nous avons avancé sur l'influence que pouvait avoir un liquide plus ou moins altéré, sur le ver qui y était contenu.

C'est une chose que nous voulons seulement noter, que la succession de ces faits qui semblent se réunir pour donner raison à Rudolphi sur Laënnec; mais nous nous gardons d'en tirer encore aucune conclusion, car nous savons trop qu'il faut se défier de pareilles coïncidences.

Rétrécissement de l'urèthre. — Squirrhe du cæcum. — Péritonite chronique. — Corps étranger dans l'intestin grêle.

Observation recueillie par M. GELIZ, interne des hôpitaux.

Julliard, âgé de 46 ans, exerçant la profession de tailleur, entre à l'hôpital Beaujon le 16 mars 1842. Il y vient se faire traiter d'une rétention d'urine. — Déjà, il y a vingt ans, il a été cathétérisé pour la même cause à Poitiers, et même, dit-il, le passage a été forcé avec une sonde d'argent. Il avait une chaudepisse de date ancienne. Il ne nous donne aucun détail sur le traitement qu'on lui a fait subir, seulement il nous raconte que son jet d'urine est resté de médiocre grosseur. Julliard s'est ensuite marié, et il a eu des enfants; pendant son mariage il n'a contracté aucune maladie vénérienne. Il n'a pas eu à se plaindre de l'état de son canal jusques à ces derniers temps. Il y a quatre mois environ, son jet d'urine est devenu insensiblement plus fin, parfois il était bifurqué en sortant de l'urèthre, ou tourné en vrille. L'écoulement de son urine, à ce qu'il nous assure, dure longtemps, nécessite de grands efforts et la position courbée du corps; il se fait

longtemps attendre pour commencer, et dès qu'il a pris son cours le malade sent sur son passage des picotements, une impression vive de brûlure vers le bulbe urétral, et il le voit s'interrompre tout à coup. C'est alors qu'il redouble d'efforts, tout en frissonnant de peur, tant la douleur est vive; et qu'il se tireille et comprime la verge. Quand l'urine a fini de couler, le malade, en rentrant sa verge, se sent mouillé par quelques gouttes qui s'échappent encore. Enfin, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il a éprouvé plus de difficultés à uriner, et une rétention d'urine presque complète l'a engagé à se confier aux soins de la chirurgie. Interrogé sur l'état de ses fonctions viriles durant son mariage, Julliard nous répond que souvent il avait des érections douloureuses, sans être cependant cor-dées, que la jouissance l'emportait sur la souffrance; le sperme ne partait point en jet mais en bavant, ce qui ne l'a pas empêché de devenir père de famille. Nous recevons tous ces détails et nous les vérifions en partie. Le malade est inquiet au moment où nous le voyons pour la première fois, il prend souvent son urinoire et essaie de vider sa vessie qui ne s'élève guère au-dessus du pubis. Une petite quantité d'urine s'écoule à chaque effort, elle est pure; le canal ne présente aucun suintement, nul gonflement autour des parties, de la sensibilité vers le bulbe urétral, et c'est tout. Le porte-empainte indique un premier rétrécissement de 12 millimètres de diamètre, et à 10 centimètres de profondeur. Une bougie en cire jaune est introduite et laissée à demeure, dès qu'on la sent engagée et serrée dans le rétrécissement, où elle presse et agit comme corps dilatatant, et comme porte-empainte; le malade la garde tant qu'il peut résister au besoin d'uriner. Deux bougies coniques, pleines, en gomme élastique, sont employées de même successivement. Celles-ci ne donnent point d'empainte à la matière des précédentes, et sont purement et simplement des corps dilatants. Dans l'inter-

valle de ces cathétérismes le malade parvient à uriner, tantôt un peu mieux, tantôt un peu moins bien. On prescrit des sangsues au périnée, des cataplasmes, des bains et de la tisane de lin. Deux fois on a recours de nouveau aux bougies en cire, une fois on crut avoir gagné un peu de chemin, l'autre fois la bougie avait, dit-on, franchi l'obstacle, et était arrivée dans la vessie. L'erreur ne fut pas de longue durée. Le malade fut obligé de les retirer au bout de quelques heures. La première bougie était crochétée à son extrémité, la seconde était repliée sur elle-même vers le milieu de sa longueur, et, mesurée dans cette position, sans que ces courbures soient détruites, la bougie représentait en longueur un peu plus de la distance étendue du méat urinaire au premier rétrécissement. On était donc en droit de conclure qu'il existait un autre arrêt organisé derrière le premier rétrécissement; on n'avait pas palpé la vessie pour s'assurer si la bougie n'était pas repliée, ce qui arrive assez souvent. Un jour le porte-empreinte eut le bonheur de franchir le rétrécissement et parvint dans la vessie, au grand contentement du malade; on la laisse à demeure et il fut retiré parfaitement droit. Il était chargé de mucus uréthral blanchâtre. Le porte-empreinte, pour le dire en passant, vaut souvent mieux que les bougies pour forcer une coarctation du canal; M. Laugier nous le prouve dans toutes les occasions que lui fournit la pratique d'hôpital. Dans ce cas, cet excellent chirurgien se servit de très-petites sondes coiffées du n° 2, qui, conduites sans mandrin, ont l'avantage, suivant qu'elles pénètrent ou non dans la vessie, de servir de cathéter ou de simple bougie. Ces manœuvres eurent le résultat désiré; il faut convenir néanmoins qu'elles n'entraient pas tous les jours. Les grosses sondes n'ont pas été employées. Cependant le malade se fatiguait de ces sondages; son jet d'urine, devenu plus gros, lui suffisait; sa vessie se contractait alors, et puis son autre maladie le préoccupait davantage. Toutes

ces raisons déterminèrent la cessation de l'usage du cathétérisme, et il n'en fut plus question jusqu'au décès de Julliard. Il avait eu, durant sa vie, deux rétrécissements qui furent diagnostiqués, l'un en avant, l'autre en arrière du bulbe urétral, tous deux organiques, et d'une forme difficile à déterminer. Y avait-il en même temps un spasme urétral sous l'influence des douleurs sympathiques de la tumeur abdominale que le malade portait dans son flanc droit. Cela était possible, mais non prouvé. ●

Autopsie. La verge est enlevée en totalité avec une portion de la vessie et tous les organes annexes, la prostate, les vésicules séminales et les canaux déferents. Toutes ces parties sont disséquées et isolées; et ensuite l'urètre est incisé dans toute sa longueur sur le raphé de sa face inférieure; tout l'intérieur du canal est déployé et exposé aux regards: il est facile d'en constater les lésions. — D'abord éliminons les parties saines. La vessie présente de légères traces d'irritation, une injection vasculaire très-fine de la muqueuse; elle a ses dimensions ordinaires et contient un peu d'urine limpide. — La prostate est d'un petit volume, elle est saine; chose remarquable, elle offre dans sa partie latérale droite l'ouverture d'un saccule de la capacité d'un petit pois, et au fond duquel on aperçoit une foule d'orifices particuliers. La muqueuse semble y être présente. La sonde assurément pouvait s'y engager et s'y arrêter. Rien dans la portion prostatique de l'urètre ni dans les deux tiers antérieurs de sa portion spongieuse. Tout le reste du canal offre des altérations et des obstacles mécaniques au cathétérisme: d'abord deux rétrécissements fibreux existant en avant du bulbe; l'un très-marqué au niveau de la division du corps caverneux, l'autre plus faible, presque insignifiant, à l'entrée du bulbe. C'est un exemple de plus à ajouter à ceux qui prouvent déjà, selon Shaw et Malgaigne, la fréquence des rétrécissements antérieurs du bulbe. Le premier est formé par

du tissu inodulaire sous-muqueux appartenant aussi au tissu fibreux du corps spongieux de l'urèthre; il fait bride, et au-devant de lui il produit un enfoncement lacunaire. Ce qu'il y a de singulier, c'est que cette bride siège du côté supérieur, côté que précisément l'on suit dans le cathétérisme, selon les préceptes de l'art. Dans ce cas particulier le précepte était contre-indiqué; la bride n'était pas circulaire; elle ne s'étendait pas du côté inférieur où elle n'était pas non plus sentie par la palpation. — Expliquons-nous encore sur cette bride. Dans l'état normal l'urèthre présente à la coupe une forme cintrée; la courbe du cintre est décrite par la paroi inférieure et va se réunir à la ligne droite du plan de la paroi supérieure qui la soutend comme l'arc est sous-tendu par la corde qui joint ses deux extrémités; et si l'on pratique le cathétérisme forcé de M. Mayor, par exemple, l'urètre se moule sur la sonde, se laisse dilater et devient parfaitement circulaire. Or, chez notre malade il n'en est plus ainsi, le côté supérieur ou plane du canal resté fixe, forme une corde saillante à l'intérieur, courte, inextensible; le cintre inférieur est lui-même vis à vis, de cette bride, détruit et moins dilatable, d'où la difficulté du passage des bougies. Le second rétrécissement paraît être plutôt une légère cicatrice transversale de la muqueuse ou un simple épaississement de cette membrane; il faut ensuite noter l'inégalité de capacité du canal; en général ses dimensions sont au-dessous de la moyenne, et dans quelques points même là où ne siègent pas les rétrécissements, l'urètre est devenu plus étroit même dans la portion bulbeuse. En arrière de cette portion uréthrale le canal reprend sa largeur, toute la portion musculieuse est en quelque sorte dilatée, chose curieuse, elle était élargie probablement par l'urine. Elle semble avoir été labourée par la sonde d'avant en arrière; elle présente dans toute son étendue quatre rainures régulières, profondes, deux à droite, deux à gauche de la ligne

médiane, situées l'une supérieurement, l'autre inférieurement; toutes sont semblables, parallèles entre elles, longues de 1 centimètre 1/2, larges de 2 millimètres, parsemées de petits orifices circonscrits par des élevures obliques, entrecroisées, tapissées de la muqueuse uréthrale, séparées l'une de l'autre par des crêtes divisées dans le même sens, et toutes aboutissant au niveau du sommet de la prostate dans des culs-de-sac valvuleux. — On trouve quatre valvules bien dessinées comparables à celles des veines, et dont le bord libre est tourné vers le méat urinaire; on les soulève facilement avec le bec de la sonde cannelée. Cette disposition valvuliforme de la portion musculieuse de l'urètre est si régulière qu'on serait presque tenté de la croire normale; on conçoit qu'il soit aussi difficile de cathétériser un pareil urètre qu'une veine très-valvuleuse. En effet, il y a quatre valvules placées aux quatre coins du canal, donc on a quatre chances sur cinq pour ne pas franchir ce passage. Très-probablement plus d'une fois nos bougies s'y sont arrêtées et étaient en chemin pour faire fausse route. Sont-ce enfin des lacunes de Morgagni élargies par le fait de l'ancienne blennorrhagie ou par celui des pressions des sondes? Je ferai remarquer que les lacunes de Morgagni existent plutôt à la partie inférieure du canal qu'à sa partie supérieure, et cependant dans ce dernier point la même disposition valvuliforme se retrouve. Ensuite quelle est la date de l'existence de cet état du canal; est-il récent ou très-ancien? Cette question est difficile à résoudre. — Le collet fibreux du bulbe signalé par M. Amussat n'est pas distinct; les gouttières que je viens de décrire commencent à son niveau et finissent à la portion prostatique. La couche musculieuse sous-posée à la muqueuse est assez prononcée et devait agir énergiquement pour chasser l'urine à travers le bulbe rétréci. Tels sont les faits que nous a démontrés l'autopsie. Que peuvent-ils indiquer pour le traitement? je

laisse encore cette question à décider. Je ne finirai pas sans faire remarquer que la paroi supérieure du canal était plus malade et plus difficile à parcourir que l'inférieure.

Vers le milieu d'avril, Julliard se plaignit d'une tumeur qu'il sentait dans l'abdomen depuis deux mois environ. Il commençait à en souffrir sérieusement. Cette tumeur est située dans la fosse iliaque droite; elle est solide, dure, indépressible, immobile, profonde, mate, donnant la sensation d'une crépitation, d'un certain bruit de frottement assez singulier quand les doigts pressent, meuvent et font glisser les parois abdominales sur elle. Elle présente de plus un prolongement dans l'hypogastre; celui-ci est saillant, rénitent, peu sonore, de la forme d'un croissant dont la concavité semble tournée en haut et en arrière; sa tension est inégale et n'est pas la même dans tous les temps, son développement est changeant; des coliques, de la constipation, du météorisme, de l'inappétence, quelques nausées, un pouls filiforme, une faiblesse générale, apyréxie, teint jaune-paille, amaigrissement, alitement: tel est l'état du malade à l'époque où la tumeur est examinée. La douleur semble partir de la tumeur iliaque et s'irradier dans tout l'abdomen; elle n'augmente guère par la pression. La vessie est à sa place, urine bien et ne paraît pas participer à la saillie de l'hypogastre. Les purgatifs administrés en lavement ne font point disparaître la tumeur et donnent un peu de dévoisement. On a eu un instant la pensée d'utiliser les douches ascendantes, en vidant seulement le gros intestin, recommandées par M. Récamier. Mais, quel que soit le traitement, les conditions où se trouve le malade empirent, et très-promptement. La tumeur de la région hypogastrique s'accroît et s'accuse par un relief plus prononcé qui rappelle exactement la forme de l'estomac; on constate une dépression plus marquée des parois abdominales au-dessus de la fosse iliaque

droite, à l'épigastre et dans la fosse iliaque gauche ; le ventre, contracté, n'est bombé que dans la direction du mésentère, c'est-à-dire de haut en bas et de gauche à droite, une demi-matité existe au-dessus des pubis, plus haut la sonorité augmente. Le malade éprouve une pesanteur incommode après l'ingestion alimentaire ; il a le sentiment d'une barre transversale qui le coupe en deux, il est tourmenté par des gaz qui, lorsqu'ils peuvent s'échapper par la bouche ou par l'anus, le soulagent manifestement ; les vomissements, d'abord rares, se répètent avec plus de fréquence, ils sont de couleur verdâtre ou jaunâtre ; ils se reproduisent même les jours où le malade ne mange pas ; ils n'ont aucune odeur particulière et sont aussi une cause de soulagement ; on remarque des alternatives de constipation et de dévoiement ; du gargouillement surtout dans la région de l'intestin grêle, une prostration des forces, une maigreur générale, des coliques plus vives, une perte de l'appétit, la langue un peu blanche ; le malade se tient plié en deux, fléchi en avant sur des oreillers, presque sans voix, hectique, en plein marasme. Le froid, l'œdème, une teinte violacée se répandent rapidement sur les membres inférieurs, et particulièrement sur la jambe gauche. Ce furent là les symptômes précurseurs de la mort. Une agonie de six heures termina cette triste existence le 26 mai 1842.

Quel était le diagnostic de cette tumeur ? le problème était difficile. La dépression de l'épigastre, l'élévation de l'hypogastre, sa forme particulière, pouvaient déjà en imposer et faire croire à un déplacement et à une dilatation de l'estomac, attiré vers le pubis. Vasalva et Morgagni ont cité des cas où ces signes se rapportaient à cette disposition de l'estomac. Le soulagement du malade d'une part, et la diminution légère de la tumeur hypogastrique à la suite des vomissements et des rapports ; de l'autre l'augmentation (il est vrai tardive et nullement immédiate) des

angoisses et du poids et du volume, de la grosseur après l'ingurgitation alimentaire, les difficultés de la digestion, les tiraillements épigastriques, la maigreur, toute cette réunion de symptômes semblait devoir militer en faveur de cette idée. M. Louis, appelé en consultation, hésita entre ce diagnostic et celui d'une tumeur quelconque sur laquelle il ne s'est pas prononcé. M. Laugier, qui avait suivi tous les temps de la maladie, s'engagea plus avant sur le diagnostic. La première tumeur, celle du flanc droit, restait pour lui une inconnue quant à sa nature et à son siège; la seconde, la tumeur hypogastrique, lui sembla formée par le paquet intestinal; il conçut à la jonction des deux tumeurs un obstacle fixe, dur, quelconque, plus ou moins complet à la circulation des fécès; l'énumération des signes suivants: le relief du bout supérieur représenté pour tout l'intestin grêle plus ou moins dilaté, rempli de sang et de matières, demi sonore et gargouillant, l'affaissement de toutes les régions occupées par le gros intestin presque vide, sans nulle masse stercorale, masse ordinairement reconnaissable aux moulures qu'on peut lui imprimer avec les doigts; les embarras de la digestion, les vomissements, tout semblait confirmer son opinion. On sait que M. Laugier a l'habitude de diagnostiquer assez sûrement dans le cas de hernie étranglée la portion d'intestin qui s'y trouve, d'après l'inspection seule de la forme du ventre. Ce même signe, qu'il a indiqué le premier, l'a servi en cette circonstance, car il s'agissait encore d'un obstacle au cours des matières stercorales. Mais quel était cet obstacle? Le marasme, la teinte jaune-paille du malade, la douleur n'annonçaient-ils pas de leur côté une affection organique? Était-ce un cancer? et où était-il placé? dans l'épiploon, le cœcum, l'appendice vermiculaire de cet intestin, ou dans les ganglions mésentériques voisins de la valvule iléo-cœcale? Était-elle extérieure au cœcum ou lui était-elle propre? C'est ce que personne ne

pouvait dire. Nulle opinion ne fut non plus formulée sur la possibilité de l'existence de corps étrangers, d'un volvulus, d'une affection du rein droit, d'un calcul, et la chronicité, la lenteur des symptômes, le cachet extérieur des maladies organiques, la nature des renseignements commémoratifs, éloignaient de l'idée ces cas pathologiques. Il y avait place encore pour un avis, je me permis d'y penser, en me disant : Si ce n'est pas là toute la maladie, au moins en est-ce un des éléments. La péritonite chronique avec fausses membranes, avec adhérences des anses intestinales entr'elles, agrandissement du grand épiploon, absences d'épanchements, me semblait pouvoir expliquer toute la symptomatologie observée pendant la vie, savoir : Paresse des intestins à se dégorger de leur contenu, leur compression même sur un point de leur trajet, la circonstance du bruit de frottement, probablement péritonéal, et tel que l'a décrit M. Desprès au sein même de la Société anatomique en 1834, et dans sa thèse inaugurale; puis les coliques, les vomissements non stercoraux, la constipation, la petitesse du pouls, le faciès hippocratique du malade, etc.; tout concordait assez bien avec ce diagnostic. M. Marjolin est venu aussi dire son mot sur ce malade, qu'il a vu seulement dans les derniers temps de son existence, à une époque où les chances d'erreur étaient plus faciles. La tumeur hypogastrique lui paraissait tenir de l'encéphaloïde, et le gargouillement était expliqué par l'interposition d'une anse intestinale entre les parois abdominales et la tumeur. Un de mes collègues, interne à Beaujon, assistant comme moi à ce débat, penchait pour l'avis de M. Marjolin, modifié par celui de M. Laugier. Au milieu de cette incertitude générale, l'autopsie devait juger, et l'examen des pièces nous dira maintenant qui a eu raison. Quel traitement réclamait cette tumeur? l'expectation fut la méthode suivie. Eau de Seltz; potions diacodées, eau gommée, aliments liquides, cataplasmes laudanisés sur le ventre : telles

furent les prescriptions. Cependant, M. Laugier eut pendant quelque temps l'idée de pratiquer une opération chirurgicale, idée, du reste, conforme à son diagnostic; il songeait à un anus contre nature artificiel, lequel aurait été fait sur le lieu de nécessité, c'est-à-dire au-dessus de l'obstacle, au-dessus de l'aîne droite, sur le bout inférieur de l'intestin grêle; mais le soupçon d'une tumeur cancéreuse, le dépérissement rapide du malade, la possibilité de difficultés opératoires insolites, la gravité et le danger de ces tentatives, l'absence des vomissements stercoraux firent ajourner; l'opération n'était point urgente, elle ne pouvait être complètement utile, et, de plus, elle était dangereuse et téméraire: on hésita, et, sur ces entrefaites, la mort arriva.

Autopsie. A l'aide d'une incision décrivant le contour de la base de la poitrine, on ouvre l'abdomen, et on renverse de haut en bas la paroi antérieure au devant des cuisses; il est nécessaire de couper plusieurs brides pour opérer ce renversement. En effet, il existe des adhérences partielles des intestins et des adhérences générales de la tumeur avec cette paroi: partout des traces de péritonite chronique, sans liquide épanché, avec fausses membranes organisées, anciennes; surface indurée, épaissie, inégale, rugueuse, du péritoine tant viscéral que pariétal, surtout dans la partie inférieure du ventre; surface teinte par une matière noirâtre particulière, indépendante de la couleur violacée qu'on remarque sur tout le tube digestif, et qui est le résultat de la congestion veineuse et d'un commencement de putréfaction; énucléation difficile des anses de l'intestin grêle, lesquelles sont ramassées, pelotonnées, à position fixe, et constituant la *tumeur hypogastrique*; l'épiploon est réduit à une corde indurée, et se perd dans la tumeur iliaque, dont je le détache. A force d'énucléer, nous finissons par circonscrire la *tumeur iliaque*; on reconnaît qu'elle appartient au cœcum, et des ligatures sont posées sur le gros intestin et sur le bout inférieur du petit

intestin ; puis, des ouvertures sont pratiquées sur eux, et les doigts introduits par ces orifices arrivent dans le cœcum, mais ne peuvent franchir la valvule iléo-cœcale. On constate l'accumulation des fèces depuis la partie supérieure du jéjunum jusqu'au rectum inclusivement ; elles sont demi-solides, un rétrécissement du cœcum au-dessus de la valvule iléo-cœcale, la présence de deux noyaux de prunes ou de pruneaux en avant de cette valvule, lesquels s'y trouvaient arrêtés ; l'absence de l'appendice cœcal, dont on ne voit ni la trace à la surface extérieure de la tumeur, ni l'orifice à l'intérieur du cœcum. Du reste, son absence est une anomalie déjà connue des anatomistes ; on ouvre le cœcum, et son intérieur ressemble assez, quant à la capacité, à celui d'un utérus, dont la partie valvulaire, effacée, inégale, étroite, rappelle la cavité du col de cet organe. La séreuse n'est plus reconnaissable, en raison de la péritonite ancienne ; la tunique fibreuse sous-séreuse est très-prononcée, très-hypertrophiée, à l'état de squirrhe ; la portion musculieuse est compacte, dégénérée, indurée, également squirrheuse, ainsi que le tissu fibreux sous-muqueux ; la muqueuse est elle-même épaissie, très-ridée, mamelonnée, mais non ulcérée ; la superposition de ces différents tissus encore reconnaissable sur une coupe pratiquée suivant le plus grand diamètre de la tumeur ; celle-ci, longue de 6 centimètres, large de 3 centimètres $1\frac{1}{2}$, épaisse de 2 centimètres $1\frac{1}{2}$, est très-circonsrite en haut et en bas, du côté de l'intestin colon et de l'intestin grêle, qui ne présentent de curieux, comme le reste du tube digestif, qu'une épaisseur assez notable de pseudo-membranes à leur surface extérieure, une hypertrophie de la tunique musculieuse en rapport avec les efforts de réaction expultrice du contenant sur le contenu, et une muqueuse généralement saine, seulement avec un engorgement passif des vaisseaux. Ainsi, en résumé, la fameuse tumeur hypogastrique n'était ni encéphaloïde, ni vésicale, ni stomacale,

mais intestinale, formée par des productions péritonéales et des fèces. La tumeur iliaque, restée inconnue, était cœcale et constituée par un squirrhe de cet organe : le squirrhe a tellement augmenté concentriquement les parois de cet intestin aux dépens de sa cavité, que celui-ci est très-rétréci et nullement dilatable, véritable filière que traversent encore les matières demi-solides quand les deux corps étrangers mentionnés (les noyaux de pruneaux) ne se placent point de façon à empêcher leur passage à la valvule iléo-cœcale. Si le malade eût vécu plus longtemps, les symptômes d'étranglement n'auraient pas manqué de se produire, et les vomissements stercoraux eussent été observés, le rétrécissement du cœcum et les difficultés du cours des fèces augmentant. Quelles étaient les autres lésions dans l'abdomen ? Le foie est adhérent, mais sain ; la rate, également adhérente, est un peu friable ; les ganglions mésentériques sont tuméfiés, mais non squirrheux ; l'estomac, le duodénum et la partie supérieure du jéjunum n'ont aucune altération ; la bile y afflue en quantité. Rien au pylore ; les veines iliaques étaient manifestement comprimées, et expliquent l'hydropisie et la cyanose des membres inférieurs ; l'uretère du côté droit était également comprimé, s'était laissé distendre au niveau du bassin où l'urine se tenait en rétention ; les reins étaient sains : en un mot, l'affection cancéreuse est locale et bornée au cœcum. La péritonite chronique était déjà antérieure, et elle a continué insidieusement sous nos yeux ; les douleurs abdominales et les vomissements avaient été mis tantôt sur le compte de la rétention d'urine, tantôt sur celui de la tumeur iliaque, et certainement ces symptômes pouvaient tout aussi bien appartenir à la péritonite. Quant à la crépitation entendue pendant la vie, était-elle due au frottement des pseudo-membranes ou à celui des noyaux contenus dans l'intestin ? Il est plus naturel d'admettre la première de ces causes, et en cela, nous nous rangeons du côté de la théorie

de M. Desprès. Maintenant on peut se demander si l'opération de M. Laugier était praticable. En raison des adhérences, on serait arrivé probablement dans l'intestin sans s'en douter, premier inconvénient ; il est vrai qu'on n'aurait peut-être pas eu d'épanchements des matières stercorales, mais l'on n'aurait pas su à quelle anse on avait affaire, à quelle hauteur du tube digestif on aurait pratiqué l'anus artificiel ; et quand bien même le hasard eût favorisé la tentative du chirurgien au point de faire tomber son bistouri sur la dernière anse de l'intestin grêle, tout près des corps étrangers dont l'extraction eût pu être faite, l'opération n'eût pas été d'un très-grand secours, car la cause du rétrécissement des voies digestives étant organique, elle eût persisté, et ses progrès eussent toujours tué le malade. Aussi M. Laugier lui-même s'applaudissait-il d'avoir retardé son opération, bien que son diagnostic, qui avait le mieux interprété l'état pathologique où se trouvait le malade, le lui conseillât. Espérons-le, cette observation pourra, en pareille circonstance, guider les praticiens dans le diagnostic du squirrhe du cœcum, et leur donner la mesure de la puissance de leur art contre cette maladie.

Phlébite iliaque chez une phthisique.

Observation recueillie par M. Tarcov, interne des hôpitaux.

La nommée Hauger (Marie-Françoise), âgée de vingt-six ans, journalière, mariée à Charles Florentin, est entrée le 25 janvier 1842 à l'Hôtel-Dieu. Cette femme, d'une taille moyenne, jouit d'un embonpoint très-prononcé ; ses membres sont volumineux, ses chairs fermes. Elle vient à l'hôpital pour une toux violente qui existe depuis un mois. Elle s'est toujours bien portée jusqu'à cette époque, s'est mariée à vingt ans, étant très-grasse. Elle n'a perdu de son extrême embonpoint que depuis peu de temps. Les membres inférieurs sont le siège de douleurs vagues qui la

tourmentent sans cesse, et qui l'obligent à changer souvent de position.

Depuis un mois, la malade éprouve de la dyspnée quand elle est couchée sur le dos; elle a fréquemment des accès de toux très-violents; la respiration est précipitée, la voix un peu altérée, légèrement voilée; les crachats sont muqueux, aérés, très-abondants; il n'y a jamais eu des crachements de sang: par la percussion, on constate un peu de matité aux deux sommets des poumons. La respiration ne s'entend pas également dans toutes les parties de la poitrine: elle est plus faible du côté droit que du côté gauche. A droite, râle muqueux à grosses bulles, râle sibilant et craquement vers la partie supérieure; accélération du pouls (100); sueurs nocturnes depuis huit jours. La malade éprouve du dégoût; la bouche est amère; les digestions se font péniblement; dévoiement persistant depuis huit jours; l'état de la langue ne présente rien de particulier; le ventre est souple, non douloureux.

Il y a aussi un écoulement vaginal abondant; le toucher est tellement douloureux qu'on ne peut faire une exploration complète. Le ventre présente des éraillures très-nombreuses, bien que la malade n'ait jamais été enceinte. (Tis. pect., inject. émol.)

Les jours suivants, les accidents augmentent d'intensité: les crachats deviennent purulents, et l'auscultation constate chaque jour la formation de nouvelles cavernes au sommet du poumon droit particulièrement.

Les douleurs des membres intérieurs deviennent très-intenses, surtout dans le membre droit, qui se tuméfie, le 5 février, en commençant par le pied. L'œdème gagne rapidement tout ce membre; il est rénitent, douloureux: le membre gauche ne présente que de la douleur.

Les accidents s'aggravent du côté de la poitrine; le dévoiement devient plus abondant; le gonflement et les douleurs augmentent dans le membre droit, qui est sensible à

la moindre pression. Enfin, la malade a succombé le 41 février à six heures du soir.

Autopsie faite le 13 au matin. — Les poumons présentent de nombreuses cavernes et de nombreux et incontestables tubercules jaunâtres ; le poumon droit est le plus affecté ; les plèvres contiennent un peu de sérosité seulement ; les intestins ont offert quelques ulcérations tuberculeuses, mais en petit nombre ; le foie est très-volumineux et très-gras ; la rate ne présente rien d'anormal ; le péritoine non plus, ni la matrice, qui est bien manifestement celle d'une femme qui n'a jamais fait d'enfants. La surface du vagin est rouge et enflammée ; le cerveau et les méninges n'ont rien offert d'anormal : nulle part d'abcès métastatiques.

La veine cave inférieure est fort tendue, ainsi que les veines primitives et la veine iliaque droite ; toutes ces veines, incisées longitudinalement, laissent voir le sang rouge et récemment coagulé depuis l'origine des iliaques primitives jusqu'au cœur, dans lesquels il se prolonge à droite ; les parois de la veine cave inférieure présentent en dedans une teinte rouge-violacée uniforme, sans que la membrane interne ait perdu de son poli, ni de sa consistance, ni de son adhérence normale. Les vasa vasorum sont légèrement injectés ; mais à partir de la naissance des iliaques primitives, il existe dans celle de droite un caillot fibrineux, blanc, de la grosseur du pouce, qui, incisé, laisse voir une cavité remplie d'un pus grisâtre ; le caillot n'adhère nullement aux parois de la veine, dont la surface interne est lisse, blanche et saine ; ce caillot se continue avec un autre caillot qui occupe la veine iliaque externe, et qui s'en distingue par une teinte grisâtre, puis, au-dessous, par une teinte rouge-foncée. Le caillot, incisé longitudinalement aussi, a fait voir plusieurs autres foyers de dimensions variables, et remplis de pus blanc-grisâtre bien lié ; les parois veineuses, au niveau de cette dernière portion de caillot,

c'est-à-dire dans la veine iliaque externe, sont, à la surface interne, rouges uniformément ; leur poli est un peu terni ; l'adhérence de la membrane interne est assez facile à détruire ; les vasa vasorum sont injectés, et la totalité des parois un peu épaissies.

La veine iliaque primitive gauche contient aussi un caillot rouge sans cavité, qui s'étend dans une étendue de deux pouces dans l'iliaque extérieure gauche ; les veines du bassin ne présentaient rien de morbide ; le tissu cellulaire de la cuisse droite est complètement infiltré.

Tubercule du testicule.

Observation recueillie par M. le docteur RIPAULT (de Dijon).

Un homme de 55 ans à peu près, d'un tempérament nerveux, d'un caractère doux, mais que de fâcheux revers avaient aigri plus tard, succomba, l'an passé, aux suites d'une inflammation ancienne de l'estomac, des intestins, des reins et de la vessie. Les soins que je lui donnai n'eurent d'autre effet que de prolonger, durant quelques semaines, un bien faible reste de vie, et encore au milieu des souffrances inévitables qui accompagnent les désordres chroniques des voies digestives. Après sa mort, la famille, intéressée à connaître, pour l'avenir des enfants, le caractère des lésions de l'estomac et des autres organes, m'invita à faire l'autopsie de son corps. De l'examen que je fis dans cette opération il ne résulta l'indice d'aucun mal héréditaire. Mais, après avoir ouvert le bas-ventre, je fus surpris de sentir ensuite à droite, dans le scrotum, le testicule un peu plus volumineux, mais beaucoup plus dur qu'à l'ordinaire, celui du côté gauche n'offrant rien de bien remarquable. Quand le testicule fut enlevé et fendu, j'en trouvai le centre rempli d'une *substance tuberculeuse*, de la grosseur et de la forme d'une noix, bosselée et inégale à sa partie inférieure, d'un blanc laiteux, consistant et ferme

comme un stéatôme, enfin sans trace d'organisation. Ce tubercule avait envahi l'épididyme, le corps d'Higmore et la portion centrale de la glande prolifère. Ce qui restait du testicule, en dehors de cette masse, ne paraissait pas désorganisé; son tissu était pulpeux, comme refoulé, il est vrai, et serré par la présence du tubercule en question. Quant à la tunique vaginale, elle était oblitérée, et les autres couches membraneuses, qui l'enveloppent se trouvaient liées entre elles par des adhérences presque indestructibles.

L'ensemble du testicule ne présentait qu'un peu d'exagération dans le volume; comme nous l'avons dit, il avait du reste plus de rondeur, plus de poids qu'il ne convient; sa dureté était celle d'un épais cartilage et comme pierreuse. La peau du scrotum n'avait point du tout changé d'état.

Les renseignements que je reçus m'apprirent combien était ancienne l'origine de la lésion dont il s'agit. Il y avait dix ans qu'il s'était aperçu de la particularité que nous signalons; et, depuis dix ans, rien n'était changé sous ce rapport. Il supportait avec patience cette incommodité que l'habitude lui avait rendue légère. Comme l'organe, de ce côté, n'occasionnait pas de douleur bien vive, son attention cessa d'être éveillée. Aussi a-t-il agi sagement, en s'abstenant de remèdes supposés fondants ou résolutifs. Il s'abstint même de parler de son mal aux gens de l'art appelés à le soigner. Néanmoins, un de ces derniers s'étant aperçu, il y a quelques années, en le sondant, de l'état qu'offrait le testicule, le pressa vivement de s'en faire débarrasser. Mais il ne put vaincre une opiniâtre et très-prudente opposition de la part de son client, dont le jugement était suffisamment éclairé sur la marche qu'avait suivie le mal. Pour éviter l'invasion de tout fâcheux symptôme, il porta la précaution, pendant les dix années qu'il observa son affection, jusqu'à imposer un silence absolu aux désirs vénériens.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVII^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 10 (Décembre 1842.)

RÉDIGÉ

Par MM. CONTOUR, CRUVEILHIER, DEBROU, DEMBAUX,
DURAND-FARDEL, GAUBRIC, GOSSELIN, LIVOIS, PIGNÉ,
RENDU et A. TARDIEU, Secrétaire.

SOMMAIRE.

A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.*
(1^o Tumeur hydatique des lombes. — 2^o Granulations ossiformes du placenta. — 3^o Hernie graisseuse ombilicale. — 4^o Abscès du cerveau consécutif à un polype de l'oreille. — 5^o Rétrécissement et insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. — 6^o Variole congénitale. — 7^o Hypertrophie du cœur. — 8^o Anomalie de situation du rein. — 9^o et 10^o Spina bifida. 11^o Hémorrhagie du placenta.)

B. — *Tumeur fongueuse de la colonne vertébrale.*

C. — *Péricardite chronique.*

D. — *Hypertrophie du cœur. Endocardite. Pneumonie.*

E. — *Affection cancéreuse des ganglions inguinaux et des intestins.*

Extrait des procès-verbaux de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1^o M. Delpech rapporte qu'un raffineux sentit dans la région lombaire gauche, à la suite d'un effort, une douleur qui cessa pour se reproduire peu de temps après. Bientôt on vit un gonflement; puis une tumeur fluctuante. On avait cru d'abord à un épanche-

ment de sang, puis, à cause de sa persistance, à une collection parulente. Une ponction exploratrice donna issue à des fausses membranes qui ne laissèrent pas de doute sur la *nature hydatique de la tumeur*. Depuis une seconde ponction fut suivie d'inflammation, de douleur très-vive, avec stupeur, etc. On incisa largement, et l'on découvrit d'abord du pus infiltré, dans les muscles, puis une vaste poche pleine de pus et d'hydatides. De l'eau injectée ne ressortit pas. La tumeur était placée à environ deux pouces au-dessous de la dernière côte à gauche, dans l'épaisseur des muscles longs dorsaux. Il est d'ailleurs difficile de reconnaître sa situation précise. Il n'y a pas eu de frôlement hydatique.

M. Fauraytier cite un cas semblable où une tumeur hydatique fut prise pour un abcès par congestion.

2° M. Depaul présente une *altération du placenta* qui doit être ajoutée aux différentes espèces qu'il a déjà soumises à la Société; le plus ordinairement ces altérations du placenta tiennent à diverses transformations d'épanchements sanguins. Dans le cas présent, il s'agit d'une ossification chez une femme de 42 ans, déjà mère de quatre ou cinq enfants. Sa grossesse avait été des plus heureuses; elle n'avait jamais ressenti de coliques trop vives et ne présentait qu'un peu d'infiltration des jambes. L'accouchement fut facile. Le placenta était volumineux, et dans le cinquième de son volume offrait une dureté et un relief particuliers. Il semble dans ce point qu'il y ait eu une injection de sable. Le tissu placentaire est parsemé de granulations d'apparence osseuse. Le souffle utérin n'avait éprouvé aucune modification. — Dans un autre cas, observé par M. Depaul, on voyait de même un grand nombre de granulations fibreuses.

3° M. Denonvilliers communique un cas de *hernie graisseuse ombilicale*. La hernie ombilicale a donné lieu à plusieurs questions. La tumeur dite hernie graisseuse de la ligne blanche existe-t-elle? Quoique J.-L. Petit l'ait nié, elle est établie par Morgagni et tous les auteurs modernes. Il peut se former par les éraillures de la ligne blanche une hernie du tissu graisseux extra-péritonéal, que l'on a pu confondre avec une hernie épiploïque irréductible et sans douleur; — et, dans les cas où des accidents abdominaux sont survenus, on a pu les attribuer à l'étranglement de cette tumeur. Les hernies ombilicales, chez l'adulte, se font-elles par l'anneau

ou par la ligne blanche? Dans le cas présent on voit manifestement la tumeur passer par l'anneau; il n'y a pas de doute sur l'existence de cette ouverture qu'indique une bride nœueuse qui vient s'y rendre en sortant de la cicatrice ombilicale : la tumeur est une tumeur graisseuse ombilicale qui peut rentrer et sortir, et qui simule la hernie. De plus, voici ce qui est arrivé : la malade, âgée de 48 ans, fut prise tout-à-coup, dans la nuit, de douleurs abdominales et de vomissements. A son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, on trouva le ventre très-sensible, surtout à la région ombilicale où l'on sentait une tumeur de la grosseur d'une aveline, assez dure, et perdue dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Après quelques efforts de taxis on fait rentrer la tumeur, mais les accidents n'ont pas cessé. Le ballonnement et la sensibilité du ventre augmentent. La mort arrive le surlendemain. Après la persistance des accidents, il n'y avait plus lieu de penser à une hernie; car, dans cette région, il ne peut y avoir réduction en masse de la hernie avec le sac. A l'autopsie on trouva une péritonite très-intense, développée surtout dans le bassin, et n'ayant pas de rapport avec la tumeur, qui n'adhérait pas au péritoine. Dans des cas semblables on a poussé l'erreur jusqu'à opérer; et ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est que le débridement de cette fausse hernie a quelquefois été suivi d'un peu de soulagement.

4° M. Contour rapporte le fait suivant : une femme, âgée de 20 ans, entra à l'hôpital Beaujon pour une douleur de tête, accompagnée d'écoulement par l'oreille; quelques heures après elle perdit connaissance; ses membres étaient en résolution : elle mourut le lendemain même de son entrée. Dix ou douze jours auparavant elle était venue consulter le chirurgien pour un *polype de la conque* du côté droit. Comme il existait une inflammation assez vive, on attendit qu'elle fût dissipée pour exciser ce polype qui était très-petit et de nature muqueuse. A l'autopsie, on voit, en sciant le rocher, que le polype, né dans la caisse du tympan, perforait la membrane du tympan, et venait faire saillie dans le conduit auditif externe. Le tissu de l'os était enflammé; les lamelles superficielles soulevées par du pus, mais non détruites; il n'existait pas de pus entre les os et la dure-mère, qui, au niveau du rocher, était altérée sans être perforée. Les circonvolutions du cerveau étaient aplaties; à la partie latérale droite, au milieu de la portion pé-

treuse du temporal, la pie-mère adhérait à la substance cérébrale. Plus profondément s'était formé un *abcès* du volume d'un œuf de poule, et dont les parois étaient tapissées par du pus concret. Les ventricules latéraux étaient remplis de pus. Il n'y avait eu ni convulsions ni symptômes de compression, si ce n'est dans les derniers moments de la vie.

5° M. Livois montre le cœur d'une femme, qui présentait depuis très-longtemps de la dyspnée, des palpitations, une ascite et une infiltration des membres inférieurs. Au premier temps on entendait un bruit de souffle très-fort, ayant son maximum d'intensité à la pointe du cœur, ne se prolongeant pas dans l'aorte. Le deuxième bruit est normal. L'orifice *auriculo-ventriculaire gauche* est seul malade; il y a à la fois *rétrécissement et insuffisance*. Ce qui rend ce fait intéressant, c'est l'existence du bruit anormal au premier temps seulement. On doit l'attribuer à l'insuffisance; et la pitéte du second bruit, malgré le rétrécissement de l'orifice *auriculo-ventriculaire*, montre que la contraction de l'oreillette est trop faible pour produire un frottement sensible de la colonne sanguine contre les valves.

6° M. Thore présente les quatre pièces suivantes d'un cas de *varicelle congénitale*; les pustules, au moment de la naissance, datent de six jours. On n'a pas eu de renseignements sur la mère. Il y avait de plus des ulcérations dans l'intestin grêle, et une pneumonie granuleuse double.

7° Le cœur d'un enfant de 3 mois et demi, offrant une *hypertrophie* considérable qui n'avait pas été reconnue pendant la vie. Le cœur est à peu près double de celui d'un autre enfant. Ses dimensions sont surtout augmentées en largeur. L'hypertrophie porte surtout sur les colonnes charnues.

8° Une *anomalie de situation* du rein gauche qui se trouve au-devant de la colonne vertébrale, et dont la scissure est devenue antérieure. L'artère naît de la partie antérieure de l'aorte. La veine suit l'artère, et de plus s'anastomose avec l'iliaque primitive.

9° Un *spina bifida*. L'enfant hydrocéphale portait à la région sacrée une tumeur très-volumineuse, grosse comme une petite orange: les extrémités inférieures étaient paralysées. Il mourut au bout de huit jours. La tumeur contenait de la sérosité purulente. En l'incisant on arrive sur des fausses membranes qui en

tapissaient les parois. L'écartement porte sur les deux dernières vertèbres lombaires et sur tout le sacrum. La tumeur communique avec l'arachnoïde. La moelle se bifurque et est à cheval sur le sac, sur les côtés duquel elle envoie deux cordons qui s'épanouissent sur les faces latérales de la tumeur.

10^e M. Depaul présente un *spina bifida* qui a été recueilli sur un enfant de 4 mois. La mère, âgée de 28 ans, a eu plusieurs enfants bien conformés. Celui-ci, au moment de la naissance, offrait seulement, au milieu des deux dernières vertèbres lombaires et du sacrum, une plaque rouge comme un vésicatoire. Il n'y avait pas de saillie. Cependant peu à peu se forma une tumeur qui faisait des progrès très-lents. On ne fit rien pour l'arrêter. Dès le principe on avait remarqué une diminution dans la sensibilité et le mouvement des membres inférieurs. A 3 mois, la tumeur était circulaire, s'élevant de 6 lignes seulement au-dessus des parties voisines, présentant de petites inégalités et quelques éraillures. Le corps était régulièrement développé jusqu'au genou; mais le bas de la jambe et le pied étaient très-petits, comparativement aux autres parties, les membres inférieurs ne donnaient aucun signe de sensibilité. En comprimant la tumeur on ne déterminait aucun phénomène appréciable. Au bout d'un mois, la rougeur augmenta, il survint un érysipèle, des mouvements convulsifs et la mort. — Il existe des adhérences entre la peau et le kyste, le tissu cellulaire est infiltré de liquides purulents. Les enveloppes de la moelle sont épaissies et ramollies; la moelle se bifurque, contourne une petite tumeur placée dans le tissu cellulaire, à la partie antérieure du canal rachidien, puis se divise en plusieurs filets; elle est d'ailleurs en apparence saine. Ce second sac, placé en avant de la moelle, est petit, bosselé, et renferme un liquide blanchâtre un peu louche et comme purulent. Tous les autres organes sont à l'état normal. Le crâne a un volume à peu près régulier. On voit sur les pariétaux des perforations qui paraissent ne tenir qu'à une ossification incomplète. Le crâne n'a pas été ouvert.

M. Pigné fait remarquer que, si on ajoute les deux exemples de *spina bifida* que l'on vient de présenter à ceux qui l'ont été depuis deux ans, on a un total de sept cas, dans lesquels on a toujours trouvé la moelle distendue et suivant le développement de la peau. Il existait une cavité entre les cordons nerveux qui s'épanouissaient

sur ses parois. Ces faits infirment donc toutes les recherches sur lesquelles on a voulu baser des procédés opératoires. En effet, il eût été dans ces différents cas impossible de ne pas diviser une portion de la moelle. On trouve encore ici une confirmation des idées de M. Cruveilhier, qui regarde le spina bifida comme une maladie centrale de la moelle, déterminant son adhérence avec la peau et l'arrêt de développement des os. Cette opinion est aussi celle du professeur Rokitsansky.

11. M. Deville rapporte qu'une femme, après un travail assez long, mit au monde un enfant à terme, très-petit, et ne paraissant pas avoir plus de sept mois. On trouva le placenta également très-petit, et présentant en quatre endroits des *caillots fibrineux* saillants à la surface fœtale. La fibrine était décolorée et solide.



Tumeur fongueuse ayant quelque analogie avec le spinavertosa, et simulant pendant la vie une carie tuberculeuse de la colonne vertébrale.

Observation recueillie par M. A. MILCENT, interne des hôpitaux.

Le 7 août 1841 est entré à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu annexe, salle St-Augustin n° 5, le nommé Breges (Gabriel), âgé de 22 ans, peintre.

Ce jeune homme était malade depuis le mois de novembre 1840 : avant cette époque, il avait toujours joui d'une bonne santé. Son père était, dit-il, mort poitrinaire à l'âge de cinquante ans. Pour lui, il rapporte le commencement de sa maladie à un effort qu'il fit un jour en luttant avec un de ses camarades ; il sentit alors un craquement dans la région des reins et, depuis ce temps, il éprouvait de la douleur dans ce point chaque fois qu'il se baissait.

A son entrée à l'hôpital, il présente, au niveau de la région lombaire gauche, une tumeur assez volumineuse, indolente à la pression, profonde, non fluctuante. Cette tumeur datait déjà de cinq mois, et son développement lent et progressif ne s'était accompagné, dans le principe, d'autres phénomènes que de quelques douleurs passagères dans le même point. Deux mois avant l'entrée du malade, les douleurs étaient devenues plus fréquentes et presque continues ; elles s'étaient même compliquées d'engourdissement, parfois de soubresauts et d'élancements dans les deux jambes, dans la gauche surtout. Dans le point de la colonne vertébrale correspondant à la tumeur, existait une déviation manifeste du rachis, qui présentait une légère courbure latérale, dont la convexité était à droite, avec saillie des apophyses épineuses des 3^e et 4^e vertèbres lombaires.

Le malade était, à cette époque, maigre, chétif, et ce-

pendant il n'avait eu dans son enfance que des ophthalmies assez fréquentes. Du reste, aucun signe stéthoscopique de tubercules du poumon.

D'après l'état de maigreur du sujet, la présence d'une tumeur dans le voisinage de la colonne vertébrale, et la déviation correspondante du rachis, on crut avoir affaire à une carie tuberculeuse des vertèbres; en conséquence, deux cautères furent appliqués, l'iode fut donné à l'intérieur, et le malade fut mis à un régime nourrissant.

Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora sensiblement, le malade reprit ses forces; il allait et venait dans les salles sans trop de fatigue. Les douleurs mêmes parurent avoir un peu diminué dans les jambes et aux lombes; mais la tumeur ne diminua pas. On s'aperçut même, dans les premiers jours d'août, qu'elle avait augmenté de volume, s'était un peu circonscrite, mais présentait toujours au palper la même résistance sans fluctuation. Dans le milieu du mois, l'état général devint moins satisfaisant, il survint de l'anorexie, de la diarrhée et une vive douleur dans la fosse iliaque gauche. Le malade ne pouvait soulever la cuisse. On constata la présence dans la fosse iliaque d'une nouvelle tumeur qui parut n'être que l'extension de la première, et qui confirmait encore l'idée qu'on avait d'un abcès par congestion. Les douleurs lombaires diminuèrent un peu et la tumeur parut même s'être un peu affaissée.

Dans les premiers jours d'octobre, la fluctuation étant devenue évidente en arrière, on y plongea obliquement un bistouri étroit; mais il ne sortit rien autre chose qu'une petite quantité de sang. Quelques jours plus tard, la même exploration ayant été tentée, il ne sortit cette fois encore que quelques gouttes de sang; l'idée d'un anévrysme se présenta, mais fut écartée, faute de raisons suffisantes pour la faire admettre. Quatre cautères furent de nouveau appliqués sur la tumeur.

Le malade dépérit de jour en jour. Enfin, dans le commencement de novembre, étant allé seul au bassin et ayant, dans un effort de défécation, fortement fléchi le tronc sur les cuisses, il sentit quelque chose craquer dans les reins et tomba immédiatement sans pouvoir se relever, les jambes étant dès ce moment paralysées. Les douleurs étaient atroces; on appliqua grand nombre de sangsues, de topiques laudanisés, l'opium à l'intérieur; les douleurs diminuèrent un peu, mais le mouvement et la sensibilité ne se rétablirent pas.

Des eschares très-étendues se formèrent au niveau du sacrum et des grands trochanters; il survint de la diarrhée, une fièvre continue, et le malade finit par succomber dans le dernier degré du marasme et de l'épuisement.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort, l'examen nécroscopique fut fait; il existait, sur le côté gauche des vertèbres lombaires, une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, recouverte par les muscles de la région postérieure du dos. On disséqua ces muscles avec soin et on arriva jusqu'à la tumeur elle-même, qu'il fut facile d'isoler des parties voisines. On vit alors qu'elle était obliquement dirigée en bas, en dehors et un peu en avant. Elle adhérait en dedans aux vertèbres, et le kyste qui en formait l'enveloppe semblait se continuer avec le périoste et la couche ligamenteuse de la colonne lombaire. Ce kyste était épais, dur, résistant, incrusté de plaques osseuses larges, isolées les unes des autres. On produisait un bruit sec et sonore en faisant frapper un corps dur et métallique sur ces plaques, et la main pressant et comprimant le kyste, percevait une sensation de crépitation assez analogue à celle qui résulterait du froissement d'un parchemin sec. Une incision ayant été faite, on reconnut que la tumeur était formée d'un tissu aréolaire longueux, qu'un caillot, du volume d'un gros œuf de poule, facile à distinguer et à isoler de la face interne du kyste auquel il adhérait par des

brides et des prolongements fibreux formant de larges aréoles, en constituait le noyau ; que ce caillot s'était organisé, s'était creusé de vacuoles, et que ces vacuoles communiquant les unes avec les autres, séparées par des cloisons incomplètes, étaient remplies d'un sang noir et fluide, parfaitement pur, du reste, et nullement mélangé avec d'autres liquides. Ce sang s'écoula en totalité sous un filet d'eau, et il ne resta plus que les aréoles vides de la tumeur.

Indépendamment de cette tumeur, on voyait au niveau des vertèbres lombaires, sur le côté gauche desquelles elle existait, une déviation manifeste de la colonne vertébrale. Le rachis était affaissé sur lui-même, incliné à gauche ; la deuxième vertèbre lombaire paraissait détruite : un trait de scie longitudinal montra que cette apparence était une réalité. A la place de la seconde lombaire existait un espace moins considérable que celui qu'occupait la vertèbre, terminé en haut et en bas par deux disques intervertébraux et rempli par quelques cloisons et aréoles osseuses. Ces aréoles, formées par du tissu osseux raréfié, étaient aussi remplies de sang et communiquaient avec celles de la tumeur ; elles offraient avec le tissu de cette dernière une grande analogie ; la seule différence consistait dans le plus ou moins de dureté, de résistance des cloisons aréolaires. Le corps tout entier de la seconde vertèbre lombaire était détruit et remplacé par les quelques loges osseuses dont il vient d'être question. On remarquait en avant du point malade, au niveau du corps de la vertèbre supérieure, une coque osseuse surajoutée, de nouvelle formation, comme destinée à constituer un nouvel os et à réparer le désordre. A la place des lames et de l'apophyse épineuse de la vertèbre détruite, on ne voyait qu'un prolongement du kyste, qu'une espèce de pont membraneux étendu entre la 1^{re} et la 2^e vertèbre lombaires.

Quant à la moelle et à ses enveloppes, quoique baignées par le sang de la tumeur, quoique environnées, si l'on peut

s'exprimer ainsi, par un anneau morbide, elles étaient parfaitement saines, c'est-à-dire qu'il n'y avait aucune altération appréciable dans leur coloration et leur consistance.

Outre la lésion qui vient d'être décrite, il y avait deux ou trois tubercules enkystés à l'état crétacé, au sommet du poumon gauche; autour d'eux le tissu pulmonaire était parfaitement sain.

Le rein droit présentait une coloration normale, pâle et blanchâtre; le bassinet et quelques calices étaient remplis de matière tuberculeuse, ramollie, de consistance crèmeuse.

La vessie en contenait aussi une assez grande quantité.

L'altération pathologique décrite ci-dessus présente ceci de remarquable :

1° Qu'elle a pu être confondue pendant la vie avec une carie tuberculeuse de la colonne vertébrale ayant déterminé la formation d'un kyste tuberculeux, d'un abcès par congestion ;

2° Que, malgré la destruction d'une vertèbre tout entière, la moelle et ses enveloppes entourées par un tissu morbide sont restées saines ;

3° Que, malgré l'état sain de la moelle et de ses enveloppes, la simple compression a déterminé non-seulement une paralysie complète du sentiment et du mouvement, mais aussi des douleurs vives dans les membres inférieurs ;

4° Qu'enfin la nature de cette altération n'a pu être bien définie, mais qu'elle présentait à la fois les caractères d'une tumeur fongueuse et quelques-uns de ceux du spina-ventosa, savoir : raréfaction du tissu osseux, plaques osseuses dans les parois du kyste, etc.

Cette lésion n'a pu être non plus rapportée à une altération cancéreuse, puisqu'on n'a trouvé aucune dégénérescence de cette nature près ou loin du point malade, ni à une diathèse tuberculeuse, quoique l'attention ait été portée de ce côté par la marche de la maladie, par les tuber-

celes trouvés dans le poumon et la matière tuberculeuse ramollie existant dans le rein, et enfin par une observation faite dans ce sens à la Société au moment de la présentation de la pièce. Cette dernière hypothèse n'est pas acceptable. Comment admettre en effet qu'on ne trouvât dans ce cas aucune trace de tubercule à l'état de collection ou d'infiltration dans les vertèbres voisines de celle qui était détruite, ou au moins un peu de matière tuberculeuse ramollie, mélangée avec le sang dont les aréoles de la tumeur étaient remplies? Assurément on ne dira pas qu'à une certaine époque de la maladie, le produit tuberculeux aurait disparu sans laisser aucune trace. Sur quoi serait fondée une pareille supposition?

Péricardite chronique.

Observation recueillie par M. BAILLY, interne des hôpitaux.

Marc (Louis), âgé de 12 ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, travaillant dans une filature de soie, n'avait jamais été malade. Interrogé avec soin et à plusieurs reprises, il assure n'avoir jamais eu de palpitations ni de douleurs à la région précordiale, n'avoir pas de dyspnée habituelle, et jamais de douleurs rhumatismales.

Il y a un mois seulement, à la suite d'un refroidissement, ses jambes devinrent enflées, et progressivement l'œdème s'étendit au ventre; du reste, à part un peu de toux, sa santé était parfaite: il vaquait à ses occupations.

Huit jours après le développement de cette affection (le 9 septembre 1842), il entra à l'hôpital des Enfants, et fut couché au n° 24 de la salle Saint-Jean. Il s'était refroidi au bureau central, et avait contracté une inflammation thoracique; car, rapporte-t-il, il avait à son entrée de la fièvre, de la dyspnée et de la toux très-fréquente avec expectoration muqueuse. Douze sangsues lui furent appliquées sous les clavicules, un looch kermétisé, puis plus tard deux

bains simples et deux bouteilles d'eau de Vichy lui furent administrés. Dès le lendemain de son entrée, l'œdème des jambes avait disparu ; l'épanchement abdominal diminuait lentement, la fièvre et la toux cédèrent peu à peu, l'appétit fut toujours très-bon et les selles normales.

Soumis à notre observation le 2 octobre, il nous présenta l'état suivant : infiltration légère de la paupière et de la joue gauche, côté sur lequel le malade reste le plus souvent couché ; face, lèvres surtout un peu violacées ; état variqueux de la jugulaire gauche ; il existe une voussure légère à la région précordiale, le mamelon de ce côté est plus élevé que l'autre de près d'un centimètre. Le thorax, mesuré au niveau de ces parties, a 70 centimètres de circonférence ; ce chiffre se partage à peu près également entre chacun des côtés de la poitrine, c'est-à-dire qu'il ne paraît pas y avoir ampliation anormale d'un de ces côtés.

L'abdomen est distendu par un liquide dont on peut évaluer approximativement la quantité à deux litres ; mesuré au niveau de l'ombilic, il a 72 centimètres et demi de circonférence. Par la palpation on reconnaît que le foie descend au-dessous des fausses côtes jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et arrive presque dans la fosse iliaque droite.

Le thorax, percuté avec soin, nous donne les résultats suivants : immédiatement au dessous de la clavicule gauche, résonnance très-obscur dans l'étendue de 3 centim. seulement ; à partir de ce point jusqu'à la base, en dedans jusque sur la ligne médiane et en dehors jusqu'au bord scapulaire de l'omoplate, matité complète ; à droite, la sonorité est normale ; à partir du mamelon, elle va diminuant jusqu'à 4 travers de doigt où commence seulement la matité du fœ, comme si cet organe était repoussé hors du thorax. En arrière, obscurité égale des deux côtés, plus prononcée à la base droite ; bruit respiratoire très-faible sous la clavicule gauche ; dans les fosses sus et sous-épi-

neuses de ce côté, respiration soufflante; à la partie inférieure, râles sous-crépitaux nombreux. La respiration est puérile dans tout le côté droit; à la base il existe quelques râles sous-muqueux; l'auscultation du cœur fait entendre des battements très-faibles, très-éloignés, irréguliers, mais sans aucun bruit anormal.

La toux est fréquente et assez pénible, crachats spumeux sans viscosité, chaleur naturelle, pouls petit, irrégulier, 112; peu de soif, appétit, selles naturelles, urines dimpidées en quantité normale, ne donnant aucun précipité par l'acide nitrique.

Prescription : gomme, sirop de gomme, nitre, 0,50 grammes, looch, kermès 0,10, 2 soupes.

Le 3, la dyspnée est plus forte, 28 respirations; la toux plus fréquente, les crachats plus abondants; face violacée, peu de chaleur à la peau, pouls petit, très-irrégulier, 116; râles muqueux et sibilants dans toute la poitrine, plus nombreux à gauche.

Gomm., sirop de gomm., nitre, looch simple, 2 soup.

Le soir, chaleur, pouls développé *sans irrégularité*, 112 pulsations.

Le 4, le malade a moins toussé, 25 respirations avec effort, pouls petit, *régulier*, 120; même état de la poitrine.

G. nitr., 6 sangsues à la région précordiale.

Le soir, les battements du cœur sont très-irréguliers, tant sous le rapport du rythme que sous celui de l'intensité, mais sans aucun mélange de souffle.

Le 5, même irrégularité du pouls, 116, peu de toux et peu d'expectoration, respiration obscure avec moins de râles, intégrité des fonctions digestives.

Gomm., sir. de gomm., nitre, 0,70; emplâtre de Vigo sur l'hypochondre droit, une portion d'aliment.

Le 8, la matité précordiale s'est étendue du côté droit, où elle dépasse la ligne médiane d'un centimètre et demi environ. Le ventre n'a plus que 70 centimètres et demi de

circonférence ; fraîcheur de la peau , pouls petit , un peu irrégulier , 120 ; toux peu fréquente , mais pénible , avec faible expectoration ; faiblesse du bruit respiratoire, râles ronflants.

G. sir. d'asperm. nitr., 0,80.

Jusqu'au 29, l'état du malade a peu changé, l'irritation bronchique s'est peu à peu dissipée, la toux est devenue très-rare, entraînant seulement quelques crachats muqueux. Interrogé souvent, il assurait n'éprouver nulle part ni douleur ni gêne, même dans la respiration, quoiqu'il présentât les caractères d'une dyspnée assez prononcée ; bouffissure, congestion des veines de la face et du cou, inspiration avec effort. Le cœur, ausculté plusieurs fois, nous a toujours donné les mêmes signes : faiblesse, éloignement, irrégularité des bruits, jamais de souffle ; la matité s'est étendue jusqu'au mamelon droit, et s'élevait obliquement jusqu'à 3 centimètres au-dessous de la clavicule ; l'expansion pulmonaire était très-faible, mêlée de quelques râles sonores ; fonctions digestives normales, urines peu abondantes, limpides, sans dépôt ni précipité albumineux.

Depuis trois ou quatre jours, il y avait tous les matins des efforts de vomissements considérables et très-pénibles ; aujourd'hui ils ont été incessants et accompagnés de beaucoup d'angoisse ; la figure est fortement cyanosée, la dyspnée est extrême, la peau froide, le pouls petit, irrégulier, incalculable, faiblesse très-grande, décubitus sur le côté gauche.

8 sangsues sont appliquées sur la région précordiale ; le soir, la cyanose a diminué, le pouls très-faible, assez régulier, à 112 pulsat., la dyspnée est considérable, 36 respirations, efforts de vomissements au moindre mouvement, anxiété très-grande.

Le 30, à part la faiblesse, la toux et quelques envies de vomir qui tourmentaient encore le malade, il paraissait revêtu à son état habituel lorsque, dans la nuit du 1^{er} no-

vembre, il mourut asphyxié pendant un effort de toux.

Autopsie 30 heures après la mort. Les téguments, surtout ceux de la tête et de la partie supérieure du tronc sont violacés; les veines sous-cutanées de ces régions sont pleines de sang.

Crâne. — Les vaisseaux de la pie-mère sont gorgés de sang; mais cette membrane est très-saine, on n'y trouve aucune granulation; le cerveau est à l'état normal, il n'y a pas de sérosité dans les ventricules.

Abdomen. — La cavité péritonéale renferme environ deux livres de sérosité citrine parfaitement limpide.

La muqueuse de l'estomac est fortement congestionnée, elle est piquetée d'un grand nombre de points d'un rouge foncé, qui ne sont autre chose que de petites ecchymoses de l'étendue d'une tête d'épingle. Cette membrane est repliée en zigzag, et offre à peu près la disposition d'une vessie à colonnes.

Le reste du tube digestif est également congestionné, surtout la muqueuse du gros intestin; on n'y observe d'ailleurs, ni ulcérations, ni ramollissement, ni aucune autre lésion pathologique.

Le foie a son volume normal; mais il présente tant à l'intérieur qu'à l'extérieur un aspect granitique fort remarquable. Il semble qu'une multitude de grains blancs soient venus cribler le parenchyme congestionné; dans quelques points même cette congestion est si forte qu'elle forme des taches ecchymotiques. Cet aspect du foie, que l'on pourrait prendre pour un premier degré de cirrhose, n'indique cependant rien d'anormal; il dépend seulement de la différence d'injection des capillaires dépendant de la veine porte et de ceux des veines sus-hépatiques; les premiers peuvent encore se vider dans les derniers moments de la vie, puisqu'ils se comportent comme les artères; tandis que les seconds subissent la distension qui résulte de l'obstacle au cours du sang dans le centre circulatoire.

Les reins sont volumineux, très-durs, d'une couleur brune, sans altération.

La rate est aussi plus volumineuse qu'à l'état normal ; elle offre à sa surface et dans son intérieur un grand nombre de granulations tuberculeuses, les unes encore grises, demi-transparentes, les autres d'un blanc opaque ; le péritoine des épiploons et de la face inférieure du diaphragme en présente une grande quantité.

Thorax. — La face postérieure du sternum adhère assez fortement au péricarde, mais surtout aux masses ganglionnaires placées à sa partie supérieure. Lorsqu'on est parvenu à enlever la paroi antérieure du thorax, la poche péricardique se présente remplissant presque à elle seule toute l'ouverture faite à cette cavité. Sa circonférence d'ailleurs correspond assez exactement à celle qui avait été limitée pendant la vie au moyen de la percussion.

La cavité pleurale droite renferme 500 grammes de sérosité citrine ; la plèvre est parsemée, surtout dans la partie de cette membrane qui est réfléchie sur le péricarde, de petites granulations gris-perle ; il y en a quelques-unes en petite quantité dans le tissu pulmonaire, qui est d'ailleurs parfaitement sain. Le poumon gauche est serré par le péricarde contre la paroi costale à laquelle il adhère très-fortement dans toute son étendue, ainsi qu'à la face supérieure du diaphragme. Le diaphragme correspondant est considérablement épaissi, non-seulement par des fausses membranes, mais surtout par une infiltration de lymphé plastique qui lui donne une consistance squirrheuse, et dans quelques parties presque cartilagineuses. Dans les parties adhérentes de la plèvre et dans les intervalles lobaires on trouve un grand nombre de granulations miliaires qui pénètrent le parenchyme ; mais il y en a très-peu dans l'épaisseur : nulle part on n'y trouve de matière tuberculeuse en masses.

Des paquets énormes de ganglions remplissent le sommet

de la poitrine, tant en arrière où ils entourent la racine des bronches et leurs premières divisions, qu'en avant où ils englobent les vaisseaux qui sortent ou qui entrent dans le cœur ; de telle sorte qu'on a peine à comprendre comment pouvait s'effectuer la circulation dans ces gros troncs vasculaires. Ces ganglions sont, en général, très-volumineux ; il en est plusieurs qui atteignent le volume d'une noix. Leur intérieur présente tous les degrés de la transformation tuberculeuse : les uns seulement tuméfiés, rouges, ramollis ; d'autres infiltrés de petites taches grises, d'autres présentant des noyaux de tubercule cru, d'autres enfin transformés en abcès où le pus est mélangé à de la matière tuberculeuse ramollie.

Le *péricarde* est recouvert par des lames assez épaisses, rougeâtres, constituées par le tissu cellulaire du médiastin enflammé chroniquement. La poche péricardique étant fendue de haut en bas, l'intérieur de cette cavité offre l'aspect le plus remarquable. Après avoir fait écouler 300 grammes de sérosité citrine parfaitement limpide, sans aucun flocon, en tout semblable à celle du péritoine, on aperçoit les surfaces externe du cœur et interne du péricarde hérissées de petits mamelons très-irréguliers par leur forme, leur couleur et leur densité. Les uns, mous et flasques, s'allongent et s'effilent tantôt libres et flottants, tantôt couchés et faisant relief à la surface ; les autres, fermes et compactes, vraiment mamelonnés. La coloration est aussi très-variable : depuis le blanc jaunâtre de la fausse membrane récente, jusqu'à la coloration rosée dépendant de la vascularisation du tissu.

Sous le rapport du volume général et de l'épaisseur des parois, cette pièce pathologique représente assez bien un utérus du quatrième au cinquième mois de la gestation ; le cœur, coiffé de sa fausse membrane, égalerait la tête d'un fœtus de sept mois. L'épaisseur de la fausse membrane est à peu près d'un centimètre, et même d'un centimètre

et demi dans quelques points ; elle est constituée par des lames superposées et séparées par un tissu cellulaire assez dense. Sur le cœur, la pseudo-membrane est un peu moins épaisse : on peut la séparer du feuillet séreux auquel elle adhère au moyen d'un tissu cellulaire assez serré. Par cette séparation, on voit très-distinctement un grand nombre de petits vaisseaux qui se portent du tissu charnu du cœur dans l'épaisseur de la fausse membrane. M. le docteur Gruby, dont personne ne peut, à cet égard, surpasser l'habileté, avait bien voulu faire une injection par l'artère coronaire, et démontrer ainsi la continuité de circulation des organes avec les fausses membranes qui les recouvrent.

Le cœur lui-même est un peu hypertrophié, l'endocarde et les valvules sont parfaitement sains ; le trou ovale présente une petite ouverture qui fait communiquer les deux oreillettes.

Hypertrophie du cœur. — Endocardite. — Pneumonie lobulaire.

Observation recueillie par M. GRENIER, interne des hôpitaux.

Marie Jacquet, âgée de 14 ans, entra à l'hôpital des Enfants le 27 novembre 1839. Cette enfant, née de parents ordinairement bien portants et ne paraissant point atteints de maladie du cœur, est l'aînée de neuf frères, qui tous se portent fort bien. Elle habite Paris depuis trois ans, occupant un petit appartement composé de deux pièces humides, dans une rue fort étroite. Toujours d'une faible santé, Marie Jacquet a eu à souffrir, dès ses plus jeunes années, de palpitations violentes, se montrant tantôt la nuit, tantôt le jour et sans qu'on pût les attribuer le plus souvent à aucune cause appréciable. Plus tard, quand ses forces et sa

taille lui permirent de courir et de jouer avec ses petites compagnes, elle était souvent obligée de s'arrêter presque suffoquée par la violence des battements de son cœur ; à la moindre contrariété, les mouvements du cœur devenaient tumultueux, la face violacée, et souvent il suffisait du plus léger motif pour déterminer de pareils accès de colère. Cependant elle n'a jamais craché de sang et jamais on n'a remarqué de bouffissure à la face, d'enflure aux jambes ou au ventre. Depuis deux mois, la maladie paraît avoir fait des progrès assez rapides : douleur épigastrique presque continue. céphalalgie, épistaxis se renouvelant presque tous les jours ; en même temps diminution graduelle des forces, perte de l'appétit, accroissement de la soif. Dans les huit derniers jours, les palpitations ont augmenté de force et de fréquence, l'appétit a complètement disparu, la soif est devenue très-vive, quelques vomissements se sont montrés ; mal de gorge permettant cependant la déglutition des liquides ; légère douleur dans l'oreille gauche ; pas de sueurs, pas de délire ; toux fréquente avec expectoration peu abondante ; enfin le 27 novembre elle se fait admettre à l'hôpital.

28 novembre. — Face colorée, yeux cernés, céphalalgie, décubitus indifférent, pas de bouffissure au visage, pas d'infiltration des membres ; — langue rosée à la pointe, jaunâtre à la base, un peu collante ; haleine un peu fétide, déglutition difficile, douloureuse même, quoiqu'il n'y ait à l'isthme du gosier ni rougeur ni gonflement ; légère douleur épigastrique, le ventre n'est pas sensible, pas de dévoisement ; — toux fréquente, suivie d'un peu d'expectoration muqueuse, voix claire, douleurs générales dans la poitrine, 24 inspirations régulières, auscultation et percussion normales ; — 100 pulsations peu développées, petites régulières ; matité précordiale ; 6 centimètres transversalement et 9 à 10 verticalement ; battements sensibles à la vue dans une grande étendue, clairs dans la partie in-

férieure, sourds en haut; bruit de souffle au premier temps s'entendant beaucoup plus fort en arrière, à gauche qu'en avant, ayant son maximum d'intensité à la partie supérieure; ce bruit se perçoit encore dans le côté droit de la poitrine et dans les carotides qui sont le siège de battements considérables; point de pouls veineux, point de voussure à la région précordiale.

Les jours suivants, il n'y a aucun changement dans les bruits du cœur, rien d'anormal dans la respiration; la fréquence du pouls et de la respiration reste la même, le mal de tête semble se fixer à gauche dans la région pariétale; les forces diminuent; point d'épistaxis (dirétiques).

11 décembre.—Décubitus dorsal, forces très-affaiblies; pour la première fois, on remarque une légère bouffissure de la face; la toux, toujours fréquente, est devenue sèche, pénible et déterminant une expectoration muqueuse, aérée, mêlée de sang.

16 décembre. — Mêmes symptômes généraux; la bouffissure de la face a disparu; — lèvres et narines croûteuses, langue couverte d'un enduit jaunâtre; quelques vomissements, soit vives, ventre généralement douloureux, un peu de dévoisement; — toux abondante, grosse, expectoration séro-muqueuse nummulaire; 28 inspirations régulières; en arrière, à droite, respiration très-obscur, presque entièrement masquée par le bruit de soufflet, en arrière, à gauche, râle sous-crépitant dans toute la hauteur, plus sensible en bas où le bruit du souffle est moins marqué; 199 pulsations, petites, régulières; bruit de soufflet un peu râpeux, douleur et légère voussure à la région précordiale.

Les jours suivants, le pouls se maintient toujours entre 96 et 108, les forces sont moins abatues, il n'y pas d'œdème; la toux est fréquente avec expectoration épaisse, jaunâtre; la voix devient de plus en plus enrouée; écoulement

abondant par 'oreille gauche', accompagné de surdité; le dévoilement persiste.

24 décembre. — Mêmes symptômes généraux; la face redevient légèrement bouffie; sueurs abondantes, un assez grand nombre de sudamina sur le coté et l'abdomen; — le souffle s'entend en avant, à droite, presque aussi bien qu'à gauche; il en est de même en arrière; il est d'autant plus fort qu'on l'écoute plus près de la ligne moyenne; en arrière, à gauche, on entend toujours du râle sous-crépitant pendant l'aspiration; — voix très-enrouée.

31 décembre. — Dyspnée considérable; 32 inspirations par minute, grand abattement, voix presque éteinte; la faiblesse empêche qu'on examine avec soin la poitrine.

4 janvier 1840. — Facies très-abattu, lèvres et narines croûteuses; langue sèche, jaunâtre à la base, rouge à la pointe et sur les bords; soif très-vive, douleurs dans tout l'abdomen, dévoilement abondant; — toux fréquente, très-pénible, amenant avec difficulté une expectoration muqueuse peu abondante; 34 inspirations; le bruit respiratoire ne s'entend plus qu'à la partie supérieure des deux côtés, en arrière et en avant; il est nul en bas, où la sonorité habituelle se trouve remplacée par une matité complète; la voix étant presque éteinte ne permet pas de constater s'il y a ogophonie, — la matité précordiale est de 12 centimètres de haut en bas, et transversalement, il est impossible de la limiter, car elle se confond avec celle qui règne dans la région inférieure de la cavité thoracique; — même bruit de soufflet; — bouffissure de la face persistant déjà depuis le 1^{er} janvier et ayant été bientôt suivie de l'infiltration de tout le corps. La plupart de ces symptômes ne font qu'augmenter d'intensité pendant les jours suivants; la faiblesse est telle qu'il est impossible d'écouter en arrière la respiration ou les bruits du cœur; en avant on ne remarque aucun changement.

Enfin, le 13 janvier, à 5 heures 1/2 du matin, elle meurt.

AUTOPSIE vingt-neuf heures après la mort. — *Cavité crânienne*. — Membranes parfaitement saines, substance cérébrale d'une bonne consistance, point de coloration anormale, très-léger piqueté de la substance blanche, à peu près une cuillerée de sérosité transparente dans les ventricules latéraux.

ORGANES DE LA RESPIRATION. — *Larynx*. — A l'angle interne formé par les cordes vocales, on trouve la muqueuse épaissie, rugueuse, blanchâtre, ramellie; puis, à l'entour elle est d'un rouge assez vif; au niveau des cordes vocales, elle paraît avoir une consistance légèrement diminuée.

Plèvres. — Quelques adhérences fibreuses; elles contiennent environ un demi-litre de sérosité citrine de chaque côté.

Poumon droit. — Sa surface, en avant comme en arrière, est parsemée de taches violacées entre lesquelles on en remarque d'autres grisâtres, saillantes, formées par des lobules emphysémateux.

Tout cet organe est farci de noyaux de pneumonie lobulaire tendant à se généraliser. Ces noyaux, de la grosseur d'une aveline, sont bien plus nombreux à sa base et le long de son bord postérieur.

Les bronches sont pâles, un peu opalines ou de la couleur des tissus sous-jacents, lisses, non dilatées, inondées d'un liquide séreux, sanguinolent, finement aéré, qui découle du tissu du poumon à mesure qu'on le coupe.

Poumon gauche. — Absolument le même aspect et la même altération, avec cette différence cependant que les noyaux pneumoniques sont plus petits et l'emphysème plus prononcé au sommet.

Pas un seul tubercule, si ce n'est cependant quelques granulations petites, molles, jaunes dans les ganglions bronchiques.

ORGANES DE LA CIRCULATION. — *Péricarde*. — Il con

tient dans sa cavité 60 grammes environ de sérosité floconneuse, citrine, quoiqu'il soit partout lisse, transparent, si ce n'est cependant en un point qui recouvre l'oreillette droite, altération sur laquelle nous allons revenir bientôt.

Cœur. — Sensiblement augmenté de volume. Voici, du reste, le résultat de sa mensuration :

		cm. mm.
Circonférence à la base des ventricules le cœcum étant	Plein.	32,5.
	Vide.	30,0.
Distance de la base à la pointe, le cœur étant plein.		15,0.
Épaisseur maximum des parois	Ventricule droit.	0,5.
	— gauche.	1,0.
	Cloison.	0,5.
	Auriculo-ventriculaire droit.	13,0.
Circonférence des orifices	— gauche.	10,6.
	Aortique.	5,1.
	Pulmonaire.	8,3.

La dilatation de cet organe porte en grande partie sur le ventricule et l'oreillette droite qui forment plus de la moitié de son volume.

Oreillette droite. — La portion du péricarde qui recouvre l'oreillette droite en avant présente, dans l'étendue environ d'une pièce de 2 fr., une multitude de petits grains aplatis, demi-transparents, comme cartilagineux, donnant, lorsqu'on les gratte avec le tranchant du scalpel, un son et une sensation semblable à celle qui pourrait provenir de petits grains de sable. Ces petites granulations sont très-peu considérables, puisque la plus volumineuse égale à peine une tête de camion.

A côté, on trouve une plaqué de la largeur d'une lentille, ayant à peu près le même aspect, mais très-mince, beaucoup plus molle, et d'une couleur un peu plus rougeâtre.

La face interne de cette portion du cœur ne présente rien à noter : l'endocarde y est sain.

Oreillette gauche. — D'un volume peu considérable relativement au reste du cœur, cette cavité présente seule-

ment à notre examen ; sur la partie gauche de sa face interne, une plaque à peu près circulaire, ayant 3 centimètres transversalement, et 2 et demi verticalement. Ses bords, quoique peu saillants, sont cependant bien tranchés ; son maximum d'épaisseur est d'à peu près 1 millimètre ; sa couleur représente très-bien celle de la membrane moyenne des artères ; sa consistance semble la rapprocher de ce tissu élastique.

La plus grande partie de sa surface est parsemée de petites végétations excessivement petites, et toutefois analogues aux végétations miliaires syphilitiques.

Au niveau de cette plaque, l'oreillette est évidemment épaissie dans toutes ses membranes, et le péricarde lui-même est opalin, jaunâtre, comme légèrement plissé.

Ventricule gauche. — Cavité augmentée, endocarde sain, la portion aortique de la valvule mitrale est grande, large, ayant 2 centimètres, 5 de hauteur, épaissie et opaque dans toute son étendue, surtout à son bord libre qui est dur, semi-cartilagineux. Sur les petits tendons qui s'unissent aux fibres charnues se trouvent de petits grains jaunâtres, calcaires, paraissant de même nature que ces concrétions calcaires si communes dans les parois artérielles des vieillards. L'autre lame très-petite, ayant à peine 7 centimètres ; sa plus grande hauteur semble constituée seulement par son bord où se trouve la même altération que nous venons de décrire.

Ventricule droit. — Extrêmement dilaté partout, mais principalement à l'infundibulum ; endocarde sain ; léger épaississement du bord libre de la tricuspide.

Valvules artérielles. — Saines, légèrement rosées, suffisantes.

Le cœur contenait une assez grande quantité de caillots gélatineux en partie décolorés, et d'une certaine proportion de sang liquide paraissant extrêmement séreux.

Organes de la digestion. — L'extrémité cardiaque de l'œ-

sophage présente des stries rouges longitudinales sur lesquelles on enlève l'épithélium avec la plus grande facilité.

La muqueuse de l'estomac est généralement ramollie, à peine si l'on peut faire un lambeau de 3 à 4 millimètres dans la portion pylorique ; sa coloration, généralement pâle, devient d'un rouge vif, violacé du côté du pylore ; l'intestin grêle ne présente rien de notable ; la muqueuse du gros intestin, excessivement mince, ne peut pas faire de lambeaux au delà de 4 à 5 millimètres.

Les veines ne présentent aucune des altérations constituant la maladie de Bright.

Affection cancéreuse des ganglions inguinaux, s'étendant jusqu'aux intestin, et ayant déterminé un anus contre-nature.

Observation recueillie par M. PORTEA, interne des hôpitaux.

Le 24 janvier 1842 entra à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Bruno, n° 9, la nommée Malpart, Marie, âgée de 68 ans, n'exerçant plus de profession depuis plusieurs années, n'ayant jamais fait aucune maladie grave ; elle affirme n'avoir jamais eu d'affection vénérienne jusqu'à l'âge de 64 ans, lorsque, vers le mois de mai 1838, son mari, qui avait gagné avec une autre femme un écoulement laissant des taches verdâtres sur son linge, le lui communiqua. Elle s'en aperçut d'autant plus facilement qu'outre la vive cuisson qu'elle ressentit au début, n'ayant jamais été sujette à des fleurs blanches, la nouveauté de ce phénomène suffit pour attirer son attention : aussi affirme-t-elle n'avoir pas eu la moindre ulcération aux parties génitales, à l'an us, ni à la gorge, et que son écoulement fut le seul symptôme primitif. Après être restée plusieurs mois à Amiens, à prendre pour seule médication quelques tisanes rafraîchissantes et une poudre brunâtre, probablement du cubèbe, qu'un pharmacien avait donnée à son

mari, elle n'en obtint aucun soulagement, et se décida à venir à Paris vers le mois de septembre, moitié à pied moitié en voiture. Peu de jours après son arrivée, elle entra à l'hôpital Saint-Louis. Tels sont les seuls renseignements antérieurs que nous ayons pu obtenir de cette malade, dont les facultés intellectuelles sont, du reste, fort peu développées; car, bien qu'elle soit restée trois mois à l'hôpital, elle ne peut jamais nous dire le nom de la salle ni celui du médecin qui l'avait soignée : ce n'est que par hasard que nous apprîmes que c'était M. Jobert.

Lors de son entrée à Saint-Louis, elle avait un engorgement assez considérable des ganglions inguinaux, surtout du côté gauche, datant d'une quinzaine de jours. Des sangsues et des cataplasmes, appliqués de ce côté, ne purent empêcher la formation d'une collection purulente, et au bout de six semaines environ, on pratiqua une incision de laquelle sortit une grande quantité de matière purulente mêlée de sang.

Deux mois après elle sortit de l'hôpital sans avoir fait aucun traitement général, conservant encore un peu d'engorgement des ganglions du côté gauche, l'incision pratiquée n'étant pas encore cicatrisée, et donnant issue à un liquide visqueux. Elle resta dix mois sans reparaître à l'hôpital; dans cet intervalle, il lui survint sur tout le corps, et principalement sur les cuisses, une éruption de boutons rouges, qui s'élargirent en s'ulcérant, et se couvrirent de croûtes épaisses. Celles-ci finirent par tomber sous l'influence de bains et d'un traitement que lui fit faire un pharmacien, consistant en une liqueur incolore, d'une saveur nauséabonde, dont elle prenait plusieurs verres par jour, et dont elle n'a pas retenu le nom. Ces croûtes en tombant laissèrent des cicatrices blanchâtres qui persistent actuellement. D'après ce peu de détails, et surtout d'après l'examen de ces cicatrices plissées, irrégulières, ressemblant parfaitement à celles d'ulcérations serpigi-

neuses, l'on est porté à croire qu'ici encore la mémoire de la malade est en défaut sur la marche et la durée de ce symptôme. Quoi qu'il en soit, peu de temps après leur disparition, et la date ne peut nous être donnée d'une manière certaine, il lui survint, sans autre cause appréciable qu'un peu de fatigue, un second engorgement des ganglions inguinaux du côté gauche, qui détermina, en même temps que l'oblitération du trajet fistuleux, des douleurs assez vives pour gêner la marche. Elle rentra à l'hôpital Saint-Louis dans le même service; au bout d'une quinzaine de jours, la fistule se rouvrit et donna issue à une assez grande quantité de pus. L'engorgement des ganglions diminua, la fistule se rétablit, mais l'ouverture resta plus grande que la première fois, quoiqu'il n'y ait eu aucune ulcération sur les bords. Au rapport de la malade, on aurait essayé d'en déterminer l'oblitération à l'aide de quelques cautérisations et d'un bandage compressif, sans obtenir même d'amélioration; aussi, après un séjour de six mois dans l'hôpital, voulut-elle sortir en conservant, comme la première fois, une fistule de laquelle suintait une sérosité visqueuse, incolore, parfois mêlée de quelques stries purulentes. Elle resta pendant quinze mois environ sans voir survenir aucun autre phénomène, et sans altération dans son état général. Ce n'est que depuis le mois de juillet 1841 que, sans ulcération préalable, elle vit se développer un petit bourgeon rouge, non douloureux, seulement un peu dur au toucher, auquel elle ne fit aucune attention. Après avoir acquis le volume d'un pois ordinaire, sans changer de nature, il resta stationnaire pendant plus d'un mois, au bout duquel la malade commença à ressentir quelques douleurs lancinantes dans l'aîne. La petite tumeur changea de nature: de ce moment, elle devint molle, beaucoup plus rouge, un peu saignante; sans cependant qu'aucune ulcération se soit développée sur elle ni à sa circonférence, elle s'étendit rapidement en surface dans le sens du pli

inguinal et acquit en peu de temps un volume considérable, en conservant sa nature, mais en prenant l'aspect granuleux à sa surface. C'est alors que, six mois après le début de cette tumeur, elle se décida à entrer à l'hôpital de Lourcine dans l'espérance qu'on la placerait à la Salpêtrière. Examinée lors de son entrée, nous constatâmes une tumeur oblongue, occupant tout l'espace compris entre l'épine iliaque antérieure et supérieure, et l'épine du pubis, dont elle était distante de 5 centimètres, ayant à peu près le volume d'une tête d'enfant nouveau-né, à surface rouge, granuleuse, fournissant une sanie purulente assez abondante, parfois seulement un peu saignante, mais n'ayant jamais occasionné d'hémorrhagie positive; d'une consistance un peu molle, n'offrant, dans toute son étendue, aucun point dur ou cartilagineux, et n'occasionnant que par intervalles éloignés des douleurs sourdes et profondes. En embrassant la base de cette tumeur, on la sentait se prolonger au loin dans le bassin; la mobilité qu'elle conservait du côté de la fosse iliaque permettait de s'assurer qu'elle n'y adhérait pas. Son volume et sa dilatation empêchaient presque complètement la marche. On posa comme diagnostic : affection cancéreuse des ganglions inguinaux. L'état de faiblesse de la malade dont la santé avait beaucoup souffert depuis le développement de cette tumeur, son âge, le volume et le siège de la maladie, la firent regarder comme incurable : aussi n'essaya-t-on aucune médication : des bains furent seuls administrés comme moyen de propreté.

La malade resta ainsi pendant trois mois dans un état stationnaire, sauf la diminution des forces. Dès les premiers jours d'avril, elle se plaignit de douleurs plus aiguës, et le 5, elle vit s'écouler du centre de la tumeur des matières stercorales liquides; les portions solides continuèrent néanmoins leur trajet par la voie naturelle.

Le 7, on reconnaît à la partie supérieure et externe de

la tumeur, dans un endroit où la peau est encore saine, un point saillant, rouge, tendu, qui paraît vouloir abcéder. En effet, le 9, la peau, amincie de dedans en dehors, cède, et un nouveau pertuis donne également issue à des matières stercorales liquides qui s'échappent ainsi par plusieurs points. Les bords de cette nouvelle ulcération ne tardent pas à bourgeonner et à se confondre avec le reste de la tumeur. Le stylet ne fut introduit dans aucune de ces ouvertures, de peur de détruire des adhérences importantes encore peu solides.

Le même état continua jusqu'au 7 mai, où les matières stercorales, dont l'écoulement par la voie artificielle avait diminué depuis quelques jours, reprirent leur direction normale, et la conservèrent jusqu'au 28 juin, époque à laquelle les deux voies servent également à leur passage; un érysipèle simple, à teinte rosée pâle, mais à bords bien limités, parti du pourtour de la tumeur, parcourt les membres inférieurs; sa marche est lente, mais régulière.

Le 2 juillet, la malade est prise de diarrhée, toutes les matières stercorales s'échappent par l'anus contre-nature, rien par la voie naturelle. L'affaiblissement augmente graduellement; et le 9, à huit heures du matin, la malade s'éteint sans agonie.

Autopsie. — La tumeur a conservé son volume, la teinte rougeâtre est remplacée par une coloration noirâtre, cadavérique. Une coupe partielle, conservant tout l'os iliaque gauche, le sacrum, le colon descendant, l'S iliaque, le rectum, la vessie et l'utérus, permet de reconnaître les lésions suivantes :

Immédiatement derrière les parois abdominales, dont toute l'épaisseur est prise par la tumeur cadavéreuse, se trouve une portion du grand épiploon qui sert à établir des adhérences intimes entre elles et l'intestin dans l'étendue de 7 centimètres (2 p, 172), au niveau du ligament de Fallope, en dehors du canal crural. La partie de l'intestin

qui a contracté ces adhérences est la portion iliaque du gros intestin qui présente à sa surface une légère teinte grise ; en arrière il a également contracté des adhérences intimes avec le muscle psoas iliaque , au moyen du ligament large de l'utérus qui se trouve ainsi compris dans la masse cancéreuse , sans cependant que les organes qu'il double soient encore altérés.

En portant un stylet par l'ouverture médiane de la tumeur, qui la première a donné passage aux matières stercorales, on arrive presque directement dans l'intérieur de l'intestin ; mais si la sonde vient à dévier, on la sent pénétrer beaucoup plus profondément et arriver dans une vaste cavité où elle peut exécuter des mouvements assez étendus. Un second stylet, conduit par l'ouverture supérieure de la masse cancéreuse, n'arrive que très-difficilement, et par un trajet sinueux, jusque dans l'intestin, tandis qu'il pénètre avec la plus grande facilité dans la cavité plus profonde, où il rencontre l'extrémité de la première sonde. Pour examiner le lieu où ces deux instruments se trouvent en contact, l'on est obligé de détruire les adhérences postérieures de l'intestin avec le psoas iliaque, adhérences récentes, autant que peut le faire juger leur peu d'intimité. On découvre alors une vaste caverne, du volume d'un gros œuf de poule, située au devant du muscle psoas et de la partie supérieure du sacrum, derrière le ligament large, au-dessous et en arrière de la partie supérieure du rectum, à parois un peu raboteuses au toucher, n'ayant point de communication directe avec l'intestin, ni d'autres trajets fistuleux que ceux qui conduisent à l'extérieur, remplie par une matière noirâtre, granuleuse, d'une odeur très-fétide.

L'intestin fut ouvert par sa partie supérieure jusqu'à l'endroit où se trouvait la tumeur cancéreuse. Le doigt, passé dans son intérieur, ne rencontra aucun rétrécissement, sentit seulement des inégalités et quelques points

un peu durs dans toute sa circonférence. La portion inférieure fut ouverte de même, en commençant par l'anus ; elle ne contenait aucune matière stercorale. Cette section permit de s'assurer que le rectum était sain dans toute son étendue, jusqu'à son union avec l'S iliaque : là existait un anneau cancéreux embrassant les trois quarts de la circonférence de l'intestin dont les deux tuniques internes étaient détruites, la tunique péritonéale seule était encore intacte. En complétant la section de l'intestin, on mit à nu le premier anneau cancéreux ; il fut alors facile de s'assurer que toute la circonférence de l'intestin était détruite en ce point ; qu'à la partie antérieure existait une ouverture de la largeur d'une pièce de dix sous, servant de passage aux matières stercorales, et que les adhérences qui s'étaient établies avaient seules empêché les matières de s'épancher dans l'abdomen, où elles auraient déterminé une péritonite mortelle. Les inégalités et les points durs, sentis par l'introduction du doigt, étaient dus aux bords ulcérés et dégénérés de la section de l'intestin.

L'utérus, dont le corps et le col étaient sains, renfermait une tumeur très-peu adhérente, du volume d'une noisette, d'une consistance assez ferme, criant sous le scalpel, et renfermant dans son intérieur une grande quantité de matière calcaire.

La vessie, ainsi que les autres organes, étaient à l'état normal ; il fut seulement impossible de retrouver la trace des ganglions inguinaux et des ganglions sacrés : tous avaient disparu dans la masse cancéreuse.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVII^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 11 (Janvier 1843.)

RÉDIGÉ

Par MM. CONTOUR, CRUVEILHIER, DEBROU, DEMAUX,
DURAND-FARDEL, GAUBRIC, GOSSELIN, LIVOIS, PIGNÉ,
RENDU et A. TARDIEU, Secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. — *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.*
(1^o Fièvre typhoïde chez un vieillard. — 2^o Obstruction intestinale. — 3^o Hernie ombilicale. — 4^o Anomalie de l'iris. — 5^o Perforation intestinale. — 6^o Cirrhose du foie. — 7^o Rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaire gauche et aortique du cœur. — 8^o Fracture de l'avant-bras. — 9^o Fracture multiple de l'épaule. — 10^o Anus contre nature. Injections alimentaires par le bout inférieur. — 11^o Morve aiguë. — 12^o Cœur simple. — 13^o Méningite purulente. — 14^o Emploi du sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — 15^o Abscess du médiastin. Diagnostic. — 16^o Gangrène spontanée.)
- B. — *Plaie, par arme à feu, de la face et du crâne.*
- C. — *Altération congénitale de la peau. (Observation et rapport.)*
- D. — *Encéphaloïde du testicule. Diathèse cancéreuse.*

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1^o M. Livois présente l'intestin d'une femme, morte à la Charité dans le service de M. Rayer. Cette malade a succombé à une *fièvre typhoïde* à l'âge de 56 ans, ce qui est presque une exception dans

la science, à en croire les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, M. Chomel, entre autres, qui prétend qu'après 54 ans on n'en connaît peut-être pas un seul exemple bien authentique. — La maladie était à son septième jour quand la mort est arrivée. Une terminaison aussi rapidement funeste est encore un fait très-rare. Les altérations intestinales appartiennent donc à la période d'éruption ; on voit en effet, sur la fin de l'intestin grêle, des plaques, au nombre de 14 à 16, qui vont en augmentant d'épaisseur à mesure qu'on approche de la valvule iléo-cœcale. Là, en effet, se trouve une large plaque ovalaire que nous pourrions prendre pour type dans notre description. C'est une élévation également épaisse, circonscrite par un bourrelet qui fait une saillie d'une ligne environ au-dessus du niveau de la muqueuse. Sur la plaque, celle-ci est intacte, en aucun point elle ne présente d'altération, elle a conservé les petits points qui donnent à la muqueuse des plaques de Peyer dans l'état normal, l'aspect qu'on a comparé à celui d'une barbe récemment faite. C'est au-dessous de la muqueuse, entre elle et la membrane musculieuse, que se trouve déposée la matière blanchâtre, résistante, qui a été très-bien décrite par MM. Chomel et Louis, sous le nom de plaques gaufrees.

Dans l'intervalle des plaques malades on trouvait des follicules de Brunner présentant la même altération. La muqueuse inter-folliculaire était saine. Quelques tubercules crus au sommet des poumons. Rien dans les autres organes.

2° M. Oulmont rapporte le fait suivant : Un ancien militaire entra à l'hôpital de la Pitié après cinq jours d'une constipation opiniâtre. Le ventre était considérablement distendu ; le ballonnement, le météorisme indiquaient une tympanite. La sonorité s'étendait jusque dans les gouttières vertébrales. Le foie était refoulé très-haut ; mais la percussion en faisait retrouver encore la position. La dyspnée n'était pas excessive, il n'y avait ni nausées ni vomissements. Les purgatifs répétés restèrent sans résultat ; les lavements ne purent pénétrer. Déjà, il y a cinq ans, ce malade avait éprouvé des accidents semblables, qui avaient cédé à des onctions avec un liniment camphré. Ce moyen échoua cette fois, et vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital, le malade mourut sans qu'on ait pu tenter l'introduction d'une canule dans le rectum. On trouva une dilatation générale de tout le tube digestif

de l'estomac lui-même, mais principalement du colon descendant qui forme une énorme cavité remplie de matières. Les tuniques intestinales étaient hypertrophiées. L'obstruction siégeait à la partie supérieure du rectum, et était formée par la torsion du rectum entraîné et déplacé par le colon distendu. La lumière du canal se trouvait ainsi obturée par ses parois contournées sur elles-mêmes. Il existait en outre une péritonite superficielle légère.

3° M. *Chassaignac* présente une *hernie ombilicale* trouvée sur un sujet de dissection. Elle est assez volumineuse et présente extérieurement une dépression médiane qui lui donne un aspect cloisonné. La hernie est formée par le colon transverse ; mais, de plus, une portion d'épiploon, engagée dans la tumeur, vient de la partie supérieure de l'abdomen en formant une bride longitudinale qui divise la tumeur en deux. Des adhérences épiploïques existent à l'intérieur du sac.

4° M. *Demeaux* a observé chez un malade, âgé de 50 ans, placé actuellement à l'Hôtel-Dieu, une disposition toute particulière et anormale de l'iris sur les deux yeux. Le segment inférieur de cette cloison membraneuse manque complètement sur les deux yeux, de sorte qu'elle forme un croissant qui surmonte une pupille demi-circulaire. La vision n'est nullement troublée, et jamais l'œil n'a été malade. — M. Contour a vu cette année, à l'hôpital Beaujon, chez un jeune homme de 24 ans, dans les mêmes conditions, une disposition tout à fait semblable. — M. Cruveilhier dit avoir rencontré sur un enfant une absence complète des deux iris, qui ne gênaient en rien la vision. — M. Depaul signale une autre déformation également congénitale de l'iris qui, interrompue dans une très-petite étendue, donnait à la pupille une forme triangulaire.

5° M. *Contour* montre les trois pièces suivantes :

Une *perforation intestinale* survenue chez un jeune Allemand qui entra à l'hôpital Beaujon avec les symptômes d'un embarras gastrique très-léger qui parut céder à un purgatif. Il allait très-bien, lorsqu'il fut pris tout à coup de coliques violentes, et succomba le soir à une péritonite suraiguë. On trouve à l'autopsie des fausses membranes et un épanchement séro-purulent. L'intestin grêle présente un développement peu considérable des plaques de Peyer ; mais sur l'une d'elles, dans la région iliaque, il existe une

perforation de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Au niveau de l'aïne, l'intestin a contracté des adhérences et l'on reconnaît qu'il s'est formé une hernie crurale placée en dehors du ligament de Gimbernat et en dedans des vaisseaux. Elle a le volume d'une noix, et une partie de l'anse herniée est étranglée.

6° Une infiltration purulente de tout un poumon recueillie chez un homme qui était mort après avoir présenté des signes obscurs de pneumonie sans souffle bronchique et presque sans matité. Ce malade était en outre atteint de *cirrhose*. Le foie est très-augmenté de volume, et le lobe gauche s'étend jusqu'à la rate. Il y avait eu ictère, mais pas d'ascite.

M. Mercier demande si la circulation veineuse avait été gênée, et signale cette cause comme très-active dans la production de la cirrhose. Il compare l'altération du foie à celle de la prostate, et renouvelle les idées de M. Becquerel sur la cirrhose.

M. Pigné pense qu'il faut distinguer trois états dans la cirrhose : 1° au début il n'y a ni augmentation, ni diminution de volume du foie, l'atrophie et l'hypertrophie se compensent ; 2° lorsqu'il y a ascite, on voit alors une atrophie des bords du foie qui porte sur le tissu cellulaire de l'organe ; 3° dans un troisième état il y a des granulations qui augmentent, et lorsque le péritoine ne contient pas de liquide, le foie prend un volume plus considérable. Cette opinion est partagée par M. Rokitsky.

7° Le cœur d'une femme hydropique qui avait subi plusieurs ponctions. Les mouvements du cœur étaient tumultueux ; on entendait au deuxième temps un bruit de souffle dont le summum d'intensité existait à la pointe du cœur. La matité était considérable et s'étendait de la deuxième à la sixième côte, et du mamelon gauche à huit lignes à droite du sternum. La dilatation des cavités du cœur était considérable, surtout pour l'oreillette gauche dont la surface interne présentait des traces d'inflammation et entre autres une petite plaque d'ossification développée, comme le reconnaît M. Chassaignac, dans une fausse membrane. Il existe à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche un rétrécissement auquel M. Contour attribue le bruit de souffle au deuxième temps, à cause du point où ce bruit s'entendait le mieux ; mais on trouve en outre un rétrécissement de l'orifice aortique dont les valvules sont indurées. C'est à leur insuffisance, dont M. Neucourt ne sau-

rait douter, que M. A. Tardieu croit devoir rapporter le bruit anormal, se fondant sur des pièces présentées par MM. Livois et Depuisaye, et où un rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche donnait lieu à un bruit de souffle au premier temps, produit par l'insuffisance. On ne peut rien conclure du fait de M. Contour, qui est complexe. Quant au siège du bruit, le déplacement du cœur dilaté ne permettait guère de retrouver les orifices. Sur l'observation de M. Depuisaye, qui appuie la manière de voir de M. Tardieu, M. Contour ajoute que le pouls était très-petit et irrégulier.

8° M. Chassaignac a trouvé sur un sujet de dissection, atteint d'une *fracture de l'avant-bras*, l'index fixé dans l'extension lorsque l'on relevait l'avant-bras. La soudure des deux os est complète; le muscle carré pronateur atrophie et les mouvements de pronation et de supination abolis. La portion des extenseurs qui appartient à l'index vient se fixer au cubitus; ce n'est plus un muscle, c'est un ligament qui adhère au cal. Le petit doigt présentait aussi jusqu'à un certain point la même disposition. Un de ses muscles extenseurs est encore interrompu au niveau du cal. Du côté des fléchisseurs, le superficiel est intact pour les quatre premiers doigts; mais un tendon qui appartient au cinquième doigt est également fixé au cal. — M. Gosselin pense qu'une lésion des téguments avec inflammation et suppuration expliquerait mieux l'adhérence des tendons qu'une fracture simple.

9° M. Voillemier montre une *fracture multiple de l'épaule*, qui a divisé le bord de l'omoplate, l'acromion, l'apophyse coracoïde, la partie postérieure de la cavité cotyloïde, enfin le col chirurgical de l'humérus. Malgré ces désordres nombreux, les mouvements du bras étaient encore possibles, ce que M. Voillemier explique par l'engrènement des fragments qui existe dans un très-grand nombre de cas. On peut remarquer sur la tête de l'humérus fracturé une fissure qui la traverse et pénètre jusqu'à la surface articulaire. Ne serait-ce pas de semblables fissures qui amèneraient quelquefois des altérations graves des têtes articulaires, et en particulier certaines tumeurs blanches. — M. Rendu ne croit pas que l'on puisse admettre ainsi des fissures isolées sans fracture.

10° M. Voillemier communique à la Société des essais qu'il vient de faire pour confirmer des idées théoriques que lui avait inspiré

l'épuisement des malades chez lesquels un anus contre nature est établi près de l'estomac. Il avait pensé à soutenir ces malades et à les sauver d'une mort certaine en injectant des substances alimentaires dans le bout inférieur. L'occasion d'expérimenter s'est présentée sur une femme actuellement placée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gueneau de Mussy ; elle porte un anus contre nature à la partie supérieure de l'intestin, et était arrivée à un degré de faiblesse extrême. On lui injecta deux litres de bouillon par jour. Le premier jour, elle eut une selle pour la première fois depuis deux mois, et déjà la santé est beaucoup meilleure. M. Demeaux, qui a facilité et suivi les expériences de M. Voillemier, a remarqué un fait assez singulier et encore inexpliqué : c'est que les matières venant de l'estomac par le bout supérieur, et qui avant l'injection n'étaient nullement digérées, ont maintenant, depuis que la malade a repris des forces, tous les caractères de matières digérées et presque fécales. — Une discussion s'engage entre M. Voillemier et M. Després, qui a, dit-il, émis dans le sein de la Société, dès l'année 1834, des idées analogues à celles que M. Voillemier a mises en pratique. — M. Voillemier n'a aucune connaissance de ce que peut avoir dit M. Després, et établit qu'il n'a aucun droit à la priorité sur cette question.

M. Demeaux a complété plus tard la communication de M. Voillemier en rapportant le fait sur lequel elle est basée. Une femme, atteinte depuis dix ans d'une affection organique du cœur, portait aussi une hernie crurale ancienne. Dans un accès de toux elle éprouva une légère douleur dans l'aîne, suivie d'un peu de malaise. Le lendemain on trouve la hernie étranglée ; l'opération fut pratiquée le soir, et quoique la hernie fût étranglée seulement depuis la veille dans la soirée, l'intestin était gangrené. On établit un anus contre nature. L'opération ne fut suivie d'aucun accident ; les selles restèrent supprimées pendant quinze jours : les matières sortaient par le bout supérieur, sans être digérées ; la malade s'affaiblissait beaucoup. M. Voillemier eut alors l'idée de pratiquer dans le bout inférieur des injections nutritives. La Société connaît les résultats avantageux qui ont été obtenus par ce moyen. Cependant les accidents du côté du cœur, qui avaient paru se calmer, prirent une nouvelle intensité et amenèrent assez rapidement la mort par asphyxie. On trouva les cavités du cœur généralement dilatées, les

deux oreillettes remplies de caillots adhérents et très-anciens. L'aorte est rétrécie. Les valvules ne présentent pas d'insuffisance ; mais il existe un rétrécissement auriculo-ventriculaire. — L'examen de l'anus contre nature, et des parties qui le constituent, montre que les anses intestinales, voisines de l'anus, ne sont nulle part venues adhérer à la plaie. L'estomac est très-distendu et aplati. Les deux bouts divisés adhèrent au pourtour de l'ouverture ; le bout supérieur est plus volumineux que l'inférieur ; mais son calibre diminue à mesure qu'on remonte vers l'estomac. Le bout inférieur ne comprend guère qu'un sixième de l'intestin grêle, et n'est éloigné du cæcum que de 15 pouces, et cependant l'injection de matières alimentaires, quoique faites dans un point voisin du gros intestin, a modifié puissamment la nutrition.

M. Pigné est loin de révoquer en doute l'utilité des injections par le bout inférieur ; mais il pense qu'il ne faut pas en exagérer l'importance. Il a vu des malades prendre beaucoup d'embonpoint, quoique avec un anus contre nature, et bien que les matières ne fussent pas digérées. Ce n'est qu'au commencement qu'il y avait amaigrissement.

M. Voilemier répond qu'on ne propose la nutrition artificielle que pour les cas où les malades ne se nourrissent pas suffisamment par le bout supérieur. M. Pigné a parlé de matières non digérées ; mais il importait de savoir quelles sont ces matières, car il arrive pour tout le monde, même sans anus contre nature, que certaines substances ne sont pas digérées.

11^e. M. Contour montre les fosses nasales d'un malade qui a succombé à l'hôpital Beaujon à la *morve aiguë*. C'était un postillon qui logeait dans une écurie où se trouvait, entre autres, un cheval atteint de la morve chronique. Il ne s'était pas blessé, et n'avait pas d'écorchure aux doigts. Il fut pris d'abord d'un point de côté qui disparut au bout de trois jours. Il continuait néanmoins à travailler, ressentant des douleurs vagues dans les membres, et des frissons. Enfin, le dimanche 11 décembre, il entra à l'hôpital avec une rougeur érysipélateuse de la face. Les paupières étaient gonflées ; le corps était parsemé de pustules et d'abcès. Un écoulement purulent se faisait par la main du côté gauche. Il succomba le lendemain. On trouva à l'autopsie un gonflement et des pustules sur la membrane pituitaire, dans les sinns, sur l'épiglotte,

un abcès dans la trachée ; la rate tuméfiée et ramollie, enfin deux abcès dans l'épaisseur de l'urètre.

12° M. *Thore* présente un cœur dont la cavité est à peu près unique. L'aorte s'insère à la partie droite du ventricule ; on voit ensuite, de droite à gauche, l'ouverture de l'artère pulmonaire, puis l'orifice auriculo-ventriculaire. Il existe à l'intérieur, pour le ventricule, une trace de cloison. L'oreillette unique offre aussi un vestige de cloison percée de trous. Il n'y avait pas eu de cyanose.

13° M. *Durand-Fardel* rapporte le fait suivant : Un homme robuste, ayant toutes les apparences de la santé, tombe tout à coup sans connaissance sur la voie publique, et meurt dans la nuit à l'hôpital de la Pitié. A l'autopsie, on trouve entre l'*arachnoïde* et la *pie-mère* une *infiltration purulente* et une couche de sang, coagulé sur toute la surface des hémisphères cérébraux. Il y a dans ce fait plusieurs circonstances dignes de fixer l'attention : en effet, s'il n'est pas très-rare de rencontrer des lésions chroniques du cerveau sans symptômes, cela est tout à fait exceptionnel pour des lésions aiguës. Et l'on voit qu'ici une infiltration purulente a coïncidé avec les apparences de la santé. Le siège de l'altération n'est pas moins remarquable. Le pus se trouvait entre le feuillet viscéral de l'*arachnoïde* et la *pie-mère*, et non dans la *pie-mère*. Ce qui semblerait prouver que l'*arachnoïde* peut sécréter par sa face profonde, contrairement à l'opinion de M. Magendie, qui attribue la formation du liquide céphalo-rachidien à la *pie-mère* plutôt qu'à l'*arachnoïde*, qu'il regarde comme incapable de sécréter autrement que par ses feuillets adossés. Ici on ne comprendrait pas, si le pus était produit par la *pie-mère*, qu'il ne fût pas infiltré dans l'épaisseur même de cette membrane.

14° M. *Depuigay* rapporte le fait suivant : Un jeune homme de 26 ans entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Récamier, avec un rhumatisme articulaire général, datant de cinq jours, et caractérisé par la chaleur et le gonflement douloureux de toutes les articulations. On prescrivit trois grammes de sulfate de quinine, divisés en dix doses à prendre toutes les deux heures. Le soir, il n'y avait aucune diminution dans les douleurs. La sueur fut très-abondante pendant toute la nuit. Le lendemain matin, le malade dit que toutes les douleurs ont disparu, et pourtant on ne peut

toucher, même légèrement, les articulations sans le faire crier. Cinq grammes de sulfate de quinine sont prescrits; mais quatre grammes seulement sont délivrés, et divisés en dix paquets. Le malade ne prend que deux doses. Le soir il est dans un délire furieux pendant lequel on dit qu'il s'est levé et a parcouru les salles. Au délire succède du coma, puis la mort à dix heures du soir. A l'autopsie on trouva un engouement considérable des poumons, qui sont comme splénisés. Le cœur est ramolli. Le sang a la consistance de la gelée de groseilles. Il existe sous la plèvre quelques points hémorrhagiques. La pie-mère est injectée et adhérente dans certaines parties. Les articulations contiennent une synovie épaisse et abondante; nulle part elles n'offrent d'injection.

M. Mailliot ne peut croire que le sulfate de quinine ait été pour quelque chose dans les accidents; il se fonde sur ce que, dans la fièvre intermittente, il en a vu administrer sans suites fâcheuses 50 et 100 grains à la fois. Plusieurs membres se récrient contre l'analogie que voudrait établir M. Mailliot.

M. Guérard fait observer que ce fait pourrait peut-être se rapprocher de ces métastases qui sont loin d'être rares dans les affections rhumatismales que l'on voit disparaître et être suivies de symptômes cérébraux. Il faut donc se garder de conclure. M. Voilemier objecte à l'argument de M. Guérard qu'il n'y a pas eu le moins du monde métastase, puisque le rhumatisme a persisté presque jusqu'au dernier moment.

M. Aubry dit qu'à l'hôpital Cochin, où l'on a administré dans ces derniers temps le sulfate de quinine à hautes doses, ce médicament, à la dose de 3 grammes, a presque toujours donné lieu à des effets physiologiques extrêmement marqués.

M. de Castelnau et M. Mailliot insistent sur l'importance qu'il y aurait à savoir si le sulfate de quinine a été additionné d'acide sulfurique; en effet, dans ce cas, 10 grains équivalent à 50 grains.

M. Guérard appuie sur ce fait, qui, ayant pour objet de rendre le médicament soluble, en rend l'action beaucoup plus facile. En effet, les préparations insolubles passent souvent dans les selles sans avoir été altérées. Il a d'ailleurs observé sur lui-même que 1 gramme de sulfate de quinine en solution détermine des effets très-énergiques et analogues à l'ivresse.

15° M. Cruveilhier communique à la Société l'observation suivante :

Il avait remarqué, à propos d'un emphyseme sous-cutané consécutif à une gangrène du médiastin, que l'on pourrait utiliser pour le *diagnostic des maladies du médiastin* l'état de l'aisselle. Cette idée s'est vérifiée récemment. Un malade atteint de pleurodynie, est pris subitement de frissons violents, puis d'œdème douloureux au col, dans l'aisselle, ainsi qu'au bras, à la cuisse et à la jambe. On trouve à l'autopsie une collection de pus dans le médiastin, et une pleurésie du côté gauche. Il y avait aussi des abcès dans les points des membres qui avaient offert de la douleur.

15° M. Livois rapporte qu'un homme, à la suite d'un rhumatisme aigu qui fut irrégulièrement traité, et qui dura quatre mois, ressentit depuis des palpitations et de l'essoufflement. Entré il y a trois mois, à la Charité, dans le service de M. Rayer, avec un purpura simplex, il en sortit guéri, et revint il y a un mois avec de nouvelles taches de purpura. Il était toujours très-essoufflé, lorsque tout à coup il ressentit une douleur subite dans les deux membres inférieurs, et bientôt une impossibilité complète de remuer la jambe gauche. Le mal envahit bientôt le bras du même côté. Le pouls était presque insensible. Le lendemain les douleurs étaient toujours très-vives. Puis survinrent de la rougeur, du gonflement, une teinte bleuâtre de la peau. Les artères de la cuisse présentent un cordon dur très-douloureux. Les battements sont beaucoup moins forts à gauche qu'à droite. Des taches nombreuses de purpura se montrèrent sur les bras. Une toux avec expectoration grise, mêlée de sang, une diarrhée liquide sanguinolente, la momification des orteils et des pieds. Tels furent les accidents qui précédèrent la mort. Le cœur avait offert un bruit de souffle au premier temps, ayant son maximum d'intensité à la pointe. Le pouls était intermittent. On trouve une hypertrophie notable du cœur. La valvule auriculo-ventriculaire gauche est épaissie et rétrécie, et probablement insuffisante. L'aorte est saine. Les poumons présentent des noyaux apoplectiques. L'artère fémorale à gauche contient à la partie supérieure des caillots qui l'oblitérent en certains points. Les artères et les veines de la jambe sont oblitérées complètement à droite. Les caillots ne se montrent qu'à la partie inférieure de l'artère fémorale gauche. Les muscles sont le siège de foyers remplis de sang et de pus.

Coup de pistolet dans la bouche. — Plaie du cerveau.

Observation recueillie par M. AUBRY, interne des hôpitaux.

Le 24 novembre 1842, un homme de 31 ans, compositeur, né en Hongrie, domicilié à Paris, rue St-Jacques, 185, se tira un coup de pistolet dans la bouche. Transporté sans connaissance à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Michon, il présenta les symptômes suivants :

Pâleur du visage, écoulement de sang par le nez et la bouche : les lèvres, leurs commissures, les joues, ne présentent ni solution de continuité, ni déformation. Les différents points de la surface extérieure de la tête, explorés attentivement, ne présentent ni tumeur ni plaie. En écartant, à l'aide d'un manche de cuiller, les arcades dentaires qui sont assez fortement rapprochées l'une de l'autre, on aperçoit vers le milieu de la voûte palatine une solution de continuité irrégulièrement arrondie, à bords noirâtres, et en partie masquée par un caillot sanguin ; paupières abaissées, globes oculaires à l'état normal, pouls régulier, marquant 60 à la minute, beaucoup plus résistant qu'on n'aurait pu le croire en ayant égard à la prostration extrême du blessé ; respiration très-pénible, lente, entrecoupée, s'accompagnant d'efforts inspiratoires énergiques. Pendant l'expiration, il se produit dans le larynx une sorte de *grognement* difficile à décrire ; râle muqueux à grosses bulles dans la trachée et les bronches, abolition des phénomènes de relation. On essaie en vain de mettre en jeu la sensibilité générale. Lorsqu'on écarte les paupières, l'œil reste fixe et paraît insensible à la lumière. Le blessé ne profère pas une parole, et il ne témoigne d'aucune autre manière qu'il entende les questions. Les deux membres supérieurs soulevés retombent comme des masses mortes, quand on les abandonne à leur propre poids ; mais à plusieurs reprises ils sont sous les deux le siège de mouvements auto-

matiques distincts. Les autres muscles du corps sont dans le même état; la tête obéit complètement aux lois de la pesanteur.

Pendant les douze heures que le blessé a survécu au coup de feu, il n'a offert aucun changement appréciable dans l'état des fonctions cérébrales. La même chose n'a pas eu lieu pour la respiration et la circulation : deux heures après son entrée à l'hôpital, l'oppression augmente, la respiration devient plus rare, et la peau prend la teinte bleuâtre de la cyanose. On suspend ces accidents en aspirant avec la bouche, et au moyen d'une sonde de gomme élastique dirigée vers l'orifice supérieur du larynx, le sang qui remplissait l'arrière-gorge, et dont on évalue la quantité à près d'un verre. Les veines médiane céphalique et médiane basilique sont successivement ouvertes par la lancette; mais les piqûres ne donnent issue qu'à quelques gouttes de sang très-noir. Dix minutes après, les mouvements inspiratoires deviennent de plus en plus pénibles; ils sont saccadés, rares, enfin ils finissent par cesser tout à fait et pendant environ une demi-minute; la respiration ne s'exécute plus : la mort aurait paru certaine sans de faibles battements que l'on sentait encore à l'artère radiale. L'aspiration du sang contenu dans l'arrière-gorge parvient encore une fois à rétablir l'entrée de l'air dans les poumons.

Ce fut alors que M. Michon, se fondant sur des motifs qui seront exposés plus loin, pratiqua la trachéotomie; l'opération fut d'ailleurs très-simple dans son exécution, et, malgré la turgescence de quelques veines qu'on eut soin de ménager, elle fut terminée sans qu'on eût besoin d'appliquer aucune ligature. Dès que les trois premiers cerceaux de la trachée furent divisés, on vit sortir, par l'incision et à chaque expiration, de l'air et du sang mêlés ensemble, et dont la quantité, d'abord assez considérable, diminua beaucoup au bout de quelques instants; une ca-

nule fut ensuite fixée dans l'ouverture pratiquée aux voies aériennes. Il y eut, à la suite de cette opération, une amélioration évidente de la respiration ; mais le blessé ne recouvra pas connaissance, le pouls alla en faiblisant, et la mort eut lieu le 25, à deux heures du matin.

Autopsie. — Tête. — La balle a perforé la voûte palatine sur la ligne médiane, vers le milieu de son diamètre antéro-postérieur ; elle a ensuite traversé les fosses nasales en fracturant la cloison qui est perforée et déjetée à gauche ; puis, rompant la faible barrière que lui opposait la lame criblée de l'éthmoïde, elle a pénétré dans le crâne au niveau de la partie postérieure de la gouttière ethmoïdale du côté droit ; enfin, continuant son trajet ascendant, elle est venue se loger à un centimètre de la convexité de l'hémisphère droit, près de la grande scissure médiane, et vers le milieu de la longueur du lobe postérieur. Dans son trajet dans le crâne, elle a d'abord pénétré dans le sillon de séparation des lobes antérieurs, échancré le genou du corps calleux, puis déchiré les circonvolutions cérébrales qui sont situées au devant et au-dessus du corps strié droit, sans intéresser celui-ci.

L'orifice inférieur du trajet parcouru par le projectile est très-irrégulier, les os n'ayant pas seulement été perforés, mais fracturés ; de manière que la portion horizontale des palatins est libre et mobile. La muqueuse qui environne cette solution de continuité, présente un grand nombre de petits points noirs qui sont dus à l'incrustation de grains de poudre dans son épaisseur. La cavité olfactive du côté droit renferme, mêlées à des caillots sanguins, plusieurs esquilles minces et paraissant appartenir aux cornets.

L'orifice crânien du trajet de la balle, plus petit et plus régulièrement arrondi que l'inférieur, est fermé exactement par de la substance cérébrale qui y est engagée, et qu'on retrouve même dans la partie supérieure de la fosse

nasale droite. Le sinus maxillaire du même côté est rempli de sang noir et liquide.

Plusieurs branches artérielles naissant de la cérébrale antérieure ont été divisées au devant de la réflexion du corps calleux, et il en est résulté un épanchement dans la cavité de l'arachnoïde : aussi trouve-t-on cette séreuse recouverte dans toute son étendue d'une légère couche de sang non coagulé, dont la quantité ne me paraît pas assez considérable pour avoir comprimé les circonvolutions.

Cou. — Les parois du pharynx sont teintées de sang ; la même chose se remarque dans le larynx ; les veines jugulaires sont pleines de sang liquide.

Thorax. — La trachée et les bronches contiennent une notable quantité de sang mêlé de bulles d'air.

L'artère pulmonaire, les veines caves, les cavités du cœur droit, sont remplies par du sang liquide et très-foncé en couleur, tandis que le cœur gauche et l'aorte sont presque vides.

Abdomen. — L'estomac contient environ 300 grammes d'un liquide noir, offrant une ressemblance aussi parfaite que possible avec du café, et certainement constitué par du sang.

Enfin, j'ajouterai que la balle, qui a été trouvée dans la pulpe du cerveau, est notablement déformée, et qu'une partie de sa surface est hérissée de rugosités qui paraissent être le résultat de l'action mécanique du tissu osseux ; elle pèse 8 grammes.

En réfléchissant aux particularités que présente cette observation, il est facile de se convaincre qu'il en découle une remarque importante.

Nous noterons d'abord la persistance de la respiration et de la circulation chez un homme dont les fonctions de relation paraissaient complètement abolies, et dont la vie ne consistait plus alors que dans l'accomplissement des phénomènes de nutrition, ce qui fournit une preuve de

plus en faveur de cette opinion, que le cerveau proprement dit tient sous sa dépendance les fonctions de la vie animale, tandis que la moelle allongée et la moelle rachidienne président aux phénomènes de la vie organique (mouvements respiratoires, contraction du cœur, etc.) ; mais s'il est vrai que l'intégrité du cerveau ne soit pas rigoureusement nécessaire à l'accomplissement des phénomènes de la nutrition, il n'en reste pas moins prouvé que ceux-ci ne sauraient persister au delà d'un court espace de temps : telle est la solidarité des différentes parties des centres nerveux entre elles.

Nous trouvons encore une preuve de cette solidarité dans ce fait, qu'une lésion limitée à une petite étendue de l'hémisphère droit du cerveau, a cependant déterminé l'abolition complète des fonctions de cet organe, bien que l'hémisphère gauche fût sain. Enfin, nous terminerons ces considérations sur les troubles survenus du côté du cerveau, en faisant remarquer l'absence d'hémiplégie, malgré le broiement d'une certaine portion de la pulpe cérébrale, et malgré la compression qui devait résulter de la présence de la balle dans le crâne.

Parmi les phénomènes que nous a offerts ce blessé, il en est un qui mérite de nous arrêter, en raison de l'opération qu'il a réclamée : je veux parler de l'écoulement du sang dans la trachée artère.

Et d'abord, d'où provenait l'hémorrhagie, et par quel mécanisme le sang arrivait-il dans le conduit aérien ?

En songeant à l'épanchement formé dans l'arachnoïde par une assez grande quantité de ce liquide échappé de plusieurs branches artérielles intra-crâniennes, on pourrait croire que là était la source de l'hémorrhagie, et que le sang versé dans la séreuse arrivait ensuite dans les fosses nasales et l'arrière-gorge en suivant le canal accidentel pratiqué par la balle ; mais si l'on considère que la partie supérieure du trajet de ce projectile était remplie par de la

substance cérébrale qui formait bouchon dans son orifice crânien, on aura peine à concevoir que les choses se soient passées ainsi, et on sera porté à chercher ailleurs la cause de l'hémorragie.

L'injection poussée dans une des carotides nous a permis de suivre jusqu'à la circonférence de la plaie de la voûte palatine plusieurs branches des artères palatines supérieures qui ont nécessairement dû être divisées, et il est impossible que la balle ait brisé la cloison des fosses nasales et la lame criblée de l'ethmoïde, sans avoir ouvert soit l'artère sphéno-palatine, soit les ethmoïdales. Nous avons d'ailleurs une preuve plus directe de la lésion de ces vaisseaux : c'est le passage de la matière à injection dans la fosse nasale droite où elle s'est figée; et ce qui prouve bien qu'elle n'est pas arrivée dans cette cavité après avoir reflué de l'intérieur du crâne, c'est qu'il n'y en avait pas dans la partie supérieure du trajet de la balle, ni dans la gouttière ethmoïdale.

Il nous paraît donc prouvé que le sang venait de la voûte palatine et des parois des cavités olfactives; mais comment arrivait-il dans la trachée artère? C'est là une question importante; car c'est elle qui fournit les données qui ont engagé à ouvrir la trachée.

Sans doute le sang, obéissant à la pesanteur, se portait naturellement vers l'orifice supérieur du larynx; mais la présence de l'épiglotte, en avant des replis muqueux aryéno-épiglottiques sur les côtés, aurait suffi pour empêcher ce liquide de pénétrer dans le conduit aérien, si une cause beaucoup plus puissante ne l'y eût pour ainsi précipité : je veux parler de *la colonne d'air qui pendant l'inspiration, traversait les fosses nasales et la bouche, entraînant avec elle une partie du sang qui s'y trouvait versé.*

Quant aux signes à l'aide desquels on a reconnu le passage du sang dans la trachée, ils étaient de nature à ne pas laisser le moindre doute dans l'esprit.

Ils se tiraient des accès de suffocation, du râle muqueux à grosses bulles perçu au niveau de la trachée, et coïncidant avec l'écoulement sanguin par les narines. Enfin, ce qui leva tous les doutes, c'est qu'à plusieurs reprises on diminua beaucoup l'oppression en aspirant, à l'aide d'une sonde introduite dans le pharynx, le sang qui remplissait l'arrière-gorge; ce fut même cette dernière circonstance qui engagea à pratiquer la trachéotomie.

Sans doute on n'espérait pas sauver la vie du blessé par cette opération; mais elle offrait du moins la chance d'éloigner le terme fatal, en remplissant deux indications rationnelles :

La première, de donner issue au sang qui remplissait la trachée; la deuxième, d'empêcher qu'une nouvelle quantité de ce liquide n'y pénétrât,

On comprend facilement comment la trachéotomie pouvait remplir cette deuxième indication, puisque, du moment qu'une incision était pratiquée à la trachée au-dessous du larynx, on ouvrait à l'air une nouvelle route, et dès lors cessait la cause qui précipitait le sang dans les voies aériennes, c'est-à-dire le passage d'une colonne d'air dans les cavités buccale et nasale.

Il résulte de ce qui précède qu'une plaie intéressant les artères qui rampent les parois de la bouche ou des cavités olfactives, peut se compliquer d'accidents de suffocation dus à l'entrée du sang dans la trachée, *sous l'influence du passage de l'air à travers les cavités où a lieu l'hémorrhagie*; que cette complication pourrait compromettre la vie du sujet lorsque la plaie n'aurait d'ailleurs elle-même pas de gravité.

Altération congéniale de la peau.

Observation recueillie par M. le docteur **Sourx**, chirurgien-major de la marine royale.

Un enfant du sexe masculin est né le 19 du mois d'août de cette année 1842, au village d'Asnières, à une lieue de Bourges, département du Cher. La sage-femme, en le recevant, fut tellement frappée de son horrible aspect qu'elle en refusa la vue au père et à la mère, et qu'avec leur consentement elle alla le confier à la charité publique dans l'hôpital général qui reçoit les enfants abandonnés. M. le docteur Isabau, médecin de l'établissement, et presque tous les praticiens de la ville ont vu le nouveau-né pendant les 52 heures que la vie a duré chez lui. Ses cris étaient faibles, mais la respiration et la déglutition faciles; la sortie du méconium naturelle, point d'émission d'urine. Je me suis empressé, avec l'assistance d'un ami, de prendre aussi exactement que possible la coloration de la surface extérieure, et dès la mort de ce malheureux enfant, M. le docteur Isabau a bien voulu, sur ma demande et dans l'intérêt de la science, le mettre à ma disposition pour le déposer au musée anatomique.

Je me suis transporté à Asnières pour voir les parents, interroger la mère sur les particularités de la grossesse, compléter enfin aussi minutieusement que possible des renseignements dont voici les détails.

Le père se nomme Peandecarf; il a 29 ans, la mère 26. Ils sont cultivateurs, de constitution forte et parfaitement saine, ainsi que le reste de leur famille, ainsi que l'étaient deux enfants qu'ils ont perdus déjà, l'un du croup à l'âge de 18 mois, l'autre d'accidents dus à la dentition. L'époque de la naissance du troisième enfant dont je m'occupe ici, en le supposant né à terme, fait remonter le début de la grossesse à novembre 1841. Voici le résumé textuel des déclarations données par la mère :

Point de dérangement remarquable dans les premiers mois qui ont suivi la conception. Vers le quatrième, dégoût extrême pour toute alimentation, douleurs intenses au bas-ventre, malaise constant, sentiment de suffocation, souvent de la fièvre, rien de semblable dans les deux premières grossesses. Six semaines avant l'accouchement, écoulement répété, et en abondance, de liquide jaunâtre, épais, d'odeur fétide; point de coups, ni de chûtes, ni de travaux fatigants qui auraient pu influencer sur l'état du fœtus. La mère a déclaré à la sage-femme et me répète que ses souffrances pendant la grossesse sont survenues à la suite d'une frayeur très-grande qu'elle a éprouvée à Bourges pendant le carnaval. Elle se rappelle avoir été poursuivie par des masques, et qu'un d'eux surtout lui avait fait une telle peur qu'elle était revenue à Asnières toute tremblante, et se promettant bien de ne retourner de sa vie dans la capitale du Berry. D'après un tel récit coïncidant avec la coloration extraordinaire, le bariolage affreux du nouveau-né, ce dernier fut inévitablement considéré, dans la localité, comme la représentation, à échelle réduite, de l'arlequin du carnaval. Voici la description exacte de cet enfant alors qu'il vivait :

Longueur.—39 centimètres. *Poids.*—2 kilogr. 655 grammes (après la mort); les membres paraissent contractés comme sous l'influence d'une vive douleur.

Toute la surface cutanée est sillonnée de bandes de couleur rouge, depuis la nuance violacée jusqu'au pourpre. Les intersections rouges de l'épiderme encadrent des plaques irrégulières, blanches au moment de la naissance, devenues rapidement jaunâtres. Ces plaques n'ont point l'apparence de squames, d'écailles proprement dites; elles ne sont point imbriquées: loin de là, les intervalles qui les séparent varient de 5 à 10 millimètres. L'épiderme, rugueux et comme maroquiné, au niveau de ces plaques se rebrousse sur les bords de plusieurs d'entre elles; son

épaisseur, de plus d'un millimètre à certains endroits, et sa dureté, le rapprochent de la consistance de la peau du talon chez l'adulte.

Les sillons rouges varient d'étendue en longueur et en largeur ; ils sont presque symétriques à l'abdomen et aux membres, irréguliers sur le reste du corps, et beaucoup plus nombreux à la partie antérieure qu'à la postérieure. Sur les unes, et particulièrement au crâne, à la face et à l'abdomen, se remarque une pellicule qui établit la continuité de la surface épidermique, pellicule mince et transparente comme une séreuse, comme l'épithélium des lèvres, comme la cicatrice encore récente des vésicatoires et des brûlures. Dans les endroits où les mouvements de l'enfant ont tirillé cette pellicule, elle a éclaté et laissé à nu une surface saignante où l'on voit très-distinctement la texture du derme qui paraît avoir conservé à peu près son état normal. Toutefois, ayant soumis à la macération une petite portion de peau, et l'ayant examinée à l'aide d'un verre grossissant, il m'a semblé que son tissu dermique était plus épais que dans l'état normal.

Tête. — Circonférence du crâne, 27 centimètres ; quelques cheveux bruns au vertex et à l'occiput ne participent pas à l'état pathologique de l'épiderme ; fontanelles dans les conditions normales. Les cartilages du nez sont à peine saillants, et semblent bridés et retenus en place par l'épiderme épais et comme corné qui les recouvre et rétrécit évidemment l'ouverture des narines. Les pavillons des oreilles sont aussi à l'état rudimentaire et ensevelis sous la couche épidermique qui masque leur forme, et obstrue par son épaisseur les conduits auditifs. Les yeux apparaissent comme des tumeurs charnues, d'un rouge très-vif : c'est qu'il y a renversement des paupières supérieures, et que la conjonctive palpébrale n'est qu'un bourrelet presque saignant qui semble faire hernie entre les cartilages tarses. En effet, l'épiderme corné qui recouvre ceux-ci les a bridés

dans leur développement, et il y a eu procidence de la muqueuse oculaire; point de cils aux paupières. En relevant les tumeurs rouges, on aperçoit le globe oculaire à l'état normal. La bouche est largement ouverte et fixe dans la dilatation, moins par le mouvement musculaire que par le retrait de l'épiderme qui entoure les lèvres. Celles-ci, de même que la langue et les gencives, sont d'un rouge de carmin.

Tronc. — Le cou est sillonné, transversalement et sans régularité, de ces raies vermeilles dont j'ai parlé; plusieurs sont saignantes par suite de la rupture de la membrane fine qui les recouvrait.

La poitrine, bien conformée d'ailleurs, est marquée de lignes rouges et de plaques jaunes, ainsi que l'abdomen, qui offre une grande bande rouge au niveau de la ligne blanche, et des bandes de même couleur qui en partent de chaque côté avec assez de symétrie.

Les pellicules rouges sont presque toutes déchirées aux plis des aines, et laissent à nu des surfaces saignantes. L'anneau et le cordon ombilical sont parfaitement sains; ce dernier a la couleur blanche, opaque, qui se représente dans tous les accouchements ordinaires. L'insertion du cordon ombilical est à 2 centimètres environ au-dessous du point auquel correspond la moitié de la longueur totale du corps. Les organes génitaux sont à l'état rudimentaire: point de prépuce au pénis, qui a 1 centimètre de longueur et la forme d'un petit bourgeon charnu, par l'extrémité duquel une sonde fine pénètre dans la vessie. Le scrotum est vide et à peine distinct du périnée, sur lequel l'épiderme épais et dur le retient appliqué. L'anus est à l'état normal.

Membres. — Bien conformés jusqu'aux poignets et aux pieds. Ils offrent, au niveau des articulations des épaules, des bras, des cuisses et des genoux, de larges intervalles dans la continuité de l'épiderme, qui est remplacé là, comme dans les autres raies de couleur rouge, par une

pellicule transparente. Les poignets et les tarsees sont surmontés de tumeurs très-volumineuses, arrondies, extrêmement lisses par suite de la distension considérable de la membrane fine qui les recouvre; leur couleur est lie de vin, et leur aspect celui d'abcès scrofuleux remplis de sarnie roussâtre qui fuse jusqu'à l'extrémité des doigts et à la racine des ongles qu'elle déforme en les recourbant dans leur largeur, et les faisant ressembler à des griffes. La circonférence de ces tumeurs est de 8 centimètres aux carpes, et de 11 aux tarsees. Les cartilages des régions carpo-métacarpiennes et tarso-métatarsiennes, qui se trouvent plongés dans le liquide de ces tumeurs, ne paraissent pas altérés.

Aucune particularité anatomique dans le tube gastro-intestinal et les autres organes contenus dans l'abdomen. Pour ménager la surface épidermique qui offre le plus d'intérêt, je n'ai cru devoir ouvrir ni le thorax ni le crâne, où ne se serait certainement rencontrée aucune trace de corrélation entre l'état des organes et l'altération générale de la peau.

Je regrette vivement qu'il ait été impossible de constater l'état du placenta, des membranes et de l'eau de l'amnios. Cette dernière était, dit-on, trouble, roussâtre et fétide.

Telle est la description de cet enfant que le dessin représente fidèlement, sans toutefois pouvoir reproduire l'horrible aspect qu'il offrait pendant la vie.

Il n'entre pas dans mon intention d'approfondir ici les considérations d'anatomie pathologique congéniale auxquelles cet exemple peut donner lieu, et qui pourront former plus tard la base d'un mémoire particulier. Mon but est de le soumettre à l'examen et à l'étude, en le déposant dans le musée Dupuytren à la Faculté. Je me bornerai à dire :

1° L'état de la couche épidermique chez cet enfant me

semble offrir des différences tranchées avec les affections décrites par les auteurs. En détaillant des recherches comparatives dans les ordres de maladies de la peau qui présentent le plus de rapprochement, on arriverait peut-être à établir que c'est avec certaine variété de l'ichthyose que l'état de la peau de l'enfant dont je m'occupe offre le plus d'analogie; et cependant il existe de grandes différences, surtout dans ce fait, que l'ichthyose a des squames comme imbriquées, et qu'ici rien de semblable ne se remarque; aucune ressemblance même avec les petits compartiments irréguliers de l'épiderme dans l'ichthyose nacré-serpentine et l'ichthyose cyprine des auteurs. Chez le sujet de cette observation, un caractère anatomique vraiment remarquable est l'existence de cette membrane fine et transparente au niveau des sillons rouges dont j'ai parlé, lorsque tout le reste de l'épiderme est épais et dur. La continuité de l'enveloppe cutanée paraîtrait interrompue sans cette pellicule qu'on compare volontiers à celle des cicatrices, et qui, loin d'avoir l'extensibilité nécessaire pour se prêter aux mouvements de l'enfant, se déchirait par l'action musculaire.

2^o Un fait digne aussi de remarque est l'arrêt de développement des parties génitales externes, des cartilages des oreilles, de ceux du nez, peut-être aussi des paupières; et l'on se demande naturellement si cet arrêt de développement est primitif, indépendant de la lésion pathologique, ou si, au contraire, ces parties ont été retenues en place par l'épaisseur de l'épiderme qui les a forcées de rester à l'état rudimentaire. L'inspection de la pièce anatomique me porte à adopter cette dernière opinion. :

3^o Des abcès d'apparence scrofuleuse aux mains et aux pieds se liaient évidemment à l'état général de l'enveloppe extérieure.

4^o C'est vainement que j'ai cherché dans la constitution des parents, dans leur genre de vie, leur état de santé, des

causes même éloignées de la maladie développée sur leur enfant dans l'utérus. J'ai été d'autant plus minutieux dans mes investigations que les auteurs ont signalé avec raison l'hérédité comme une des causes fréquentes des maladies cutanées, et le centre de la France comme présentant assez souvent des cas d'ichthyose.

5° Sans s'arrêter à l'opinion qui attribue les anomalies et les monstruosités congéniales aux impressions de la mère pendant la grossesse, et surtout sans admettre la possibilité de la représentation exacte sur le fœtus des formes et couleurs qui ont vivement frappé la vue, il a été cependant constaté que des causes morales brusques et vives, telles que la frayeur, le chagrin, une joie subite, peuvent n'être pas étrangères aux désordres qui enrayent parfois le développement normal de l'œuf humain. Est-il, en effet, déraisonnable de penser que l'utérus dont l'irritabilité est si grande pendant la grossesse, que les membranes et les liquides contenus peuvent être modifiés dans leurs fonctions et leur nature par une secousse morale très-forte, par un trouble profond qui s'irradie naturellement du centre nerveux à toutes les parties pourvues de sensibilité? Le fœtus restera-t-il étranger aux modifications qui surviendront dans ces circonstances? Les sécrétions, en général, ne sont-elles pas influencées quelquefois instantanément par le trouble moral dont je parle. Dans l'observation qui m'occupe, le début de la grossesse ne présente rien de particulier; au contraire, à la suite d'une extrême frayeur, douleurs abdominales vives, suffocations, syncopes fréquentes, fièvre, etc., etc., jusqu'à l'accouchement; enfin tous les symptômes qui annoncent dans l'utérus un travail anormal dont la parturition vient présenter la preuve vivante.

Les lois qui président au développement de l'œuf humain restent encore un peu obscures, malgré les admirables travaux qui, dans ces derniers temps, ont fait progresser

cette partie de la physiologie. Les maladies qui se développent sur le fœtus ne sont point encore toutes connues. Il paraîtra donc philosophique de ne point exprimer d'opinion trop absolue en cette matière, et il semble nécessaire de rechercher et de conserver tous les faits qui peuvent l'éclairer.

Extrait du rapport de M. DEQUEVAUVILLER sur l'observation précédente.

Lorsqu'on examine à la loupe la peau de ce sujet, on voit que l'épiderme a acquis une épaisseur égale à celle du derme, de $1\frac{1}{2}$ millimètre environ ; que la surface externe du derme présente un nombre de trous assez considérable pour que j'en aie compté 100 dont un avait 1 millimètre carré, le pénétrant jusqu'au milieu de son épaisseur, et remplis par des prolongements de même forme et de même largeur dont est hérissée la face interne de l'épiderme ; que vers les bords rouges l'épiderme devient de plus en plus mince tout en conservant sa structure, si bien qu'on peut suivre les sillons qui se remarquent à sa face externe, et qu'on y retrouve à la face interne les prolongements dont j'ai parlé : d'où on peut conclure, je crois, contrairement à l'opinion de M. Souty, que l'épiderme était continu sur toute la surface du corps, et que les sillons rouges n'étaient dus qu'à ce que, dans ces points, il était assez mince pour laisser apercevoir par transparence la couleur du corps muqueux, tandis que partout ailleurs il était complètement opaque. En effet, la membrane qui est au devant des bords rouges paraît transparente et incolore lorsqu'on l'examine par réflexion, après l'avoir séparée du derme. Le corps muqueux est fortement injecté, et repose sur du tissu adipeux qui l'est également. La macération rend toutes les particularités précédentes plus sensibles, mais n'en fait pas reconnaître de nouvelles.

Les portions les plus minces de l'épiderme se fendaient sous l'influence des plus légers mouvements, et laissaient le derme à nu. L'enfant mourut au bout de 52 heures, et parut succomber uniquement à la douleur produite par l'impression de l'air sur les plaies nombreuses qui résultaient de ces ruptures; car le méconium fut expulsé, la déglutition était facile, la respiration s'exerçait librement, le cri, quoique faible, était plein; l'émission des urines seule manqua. L'autopsie des organes de l'abdomen ne fit découvrir aucune altération pathologique.

Cette observation n'est pas la seule de cette nature que possède la science. Dans la bibliothèque de Mongel, à l'article *Monstres*, on trouve la description d'un fœtus semblable, faite par un médecin de Prusse, nommé André Cnoffélius; j'en ai traduit le passage le plus important : « J'ai vu, dit l'auteur, à Hoppenbauh, près de Manimboug, un fœtus de la longueur d'une palme et demie, du sexe masculin, chez lequel les oreilles manquaient de lobes. A la place des yeux, étaient des tubercules rouges; il n'y avait presque pas de vestige du nez; la peau de toute la surface du corps était semblable à celle d'un porc passé au feu (porcelli assati), jaune et dure au point qu'elle résonnait à la percussion; elle présentait quinze fissures à travers lesquelles paraissait la chair crue (caro cruda); les doigts des mains étaient réunis, et le pouce, aussi long que les autres doigts, représentait le pied d'une taupe. A l'extrémité des mains étaient des tubercules de la grosseur d'une noisette. Cet enfant mourut le troisième jour, il rendit une urine blanche et épaisse; la partie postérieure du tronc était recouverte d'une moisissure (mucor) blanc-verdâtre, exhalant une odeur infecte. » Cette description, il me semble, conviendrait presque tout entière au fœtu que nous avons sous les yeux : la couleur jaune de la peau qui n'a pas été aussi marquée ici, la forme des tumeurs de mains, l'émission des urines et le liquide verdâtre qui

suintait de la face postérieure du tronc, sont les seules différences que présentaient les deux sujets.

M. Steinhausen a fait d'un fœtus monstrueux qui existe dans le musée anatomique de Berlin, une description qui nous manque; mais dont l'analyse, imparfaite sans doute, se trouve dans le 1^{er} numéro de la *Gazette médicale* de 1831. La voici : « Ce fœtus est recouvert, dans toute l'étendue de la surface cutanée, par une couche épaisse d'épiderme; la peau a pris, par suite de cette formation morbide, une épaisseur de plusieurs lignes. L'épiderme, qui participe seul à cette désorganisation, présente de nombreuses fissures qui donnent à la peau l'apparence d'une crevasse. »

Le fait de M. Souty me semble acquérir d'autant plus d'importance que la science en possède déjà de semblables; car il y a plus de probabilités que de nouveaux exemples viendront se joindre aux précédents, et permettront peut-être de pénétrer le mystère qui enveloppe les causes d'un tel phénomène. André Cnoffelius ne nous donne aucun détail sur les antécédents des parents; mais M. Souty s'en est enquis avec le plus grand soin, et a appris que le père et la mère sont jeunes et robustes; que deux enfants déjà nés de ce mariage n'ont eu aucune affection cutanée; que rien de semblable ne s'est présenté dans leur famille; que les premiers temps de la grossesse se passèrent sans aucun trouble, mais que la santé de la mère se déranger vers le quatrième mois à la suite d'une vive frayeur; que dans les six dernières semaines de la gestation il se manifesta, à plusieurs reprises, un écoulement de liquide jaunâtre, épais, d'une odeur fétide; qu'enfin les eaux de l'amnios étaient troubles, roussâtres et fétides également.

Est-il possible de rapporter cette singulière altération de l'épiderme à l'un des genres de nos cadres nosologiques? Si par ichthyose on doit entendre un *développement morbide des papilles et un épaissement des couches épidermiques*,

comme le veut M. Rayer , sans aucun doute ce cas doit être rangé dans cette catégorie. L'ichthyose congéniale affecte de préférence les individus mâles , l'ichthyose paraît succéder à une vive frayeur éprouvée par la mère pendant la grossesse, l'ichthyose enfin est fréquente dans le Berry, et le fait précédent a été recueilli aux environs de Bourges sur un fœtus masculin dont la mère avait éprouvé une vive frayeur pendant la gestation. Si , au contraire , avec Bell et M. Casenave , on limite l'ichthyose aux cas où l'épiderme prend la forme de squames plus ou moins larges, dures , desséchées , d'un blanc grisâtre , comme imbriquées, ne reposant jamais sur un tissu enflammé, il faut convenir que l'on ne trouve ici aucun des caractères propres à cette affection.

Mais l'ichthyose congéniale ne présente tous ces symptômes que vers le quinzième jour de la vie , et notre sujet n'a vécu que deux jours. Rien ne nous prouve ici que des écailles n'auraient pas apparu plus tard ; le fendillement de l'épiderme dans les points où il était le plus mince , et le rebroussement de ses bords dans ces régions, peuvent être, au contraire , considérés comme un commencement de la disposition écailleuse que la peau eût ensuite présenté , si la vie n'avait pas été interrompue. Je crois donc que , si l'on n'attache pas à l'étymologie du mot ichthyose une trop grande importance , on peut regarder le cas de M. Souty et celui d'André Cnoffelius comme une variété particulière de l'ichthyose congéniale : c'est ce qu'a déjà fait M. Rayer pour le cas qui se trouve dans le musée de Berlin. Rien n'est plus variable, d'ailleurs , que la disposition qu'affectent les produits sécrétés lorsqu'ils se concrètent , et les classifications nosologiques doivent être basées, il me semble , beaucoup plutôt sur le fait et la nature d'une sécrétion , que sur la disposition ultérieure qu'affectent les produits. Or, ici, comme dans l'ichthyose, et dans l'ichthyose

seulement, on trouve sécrétion exagérée de l'épiderme et condensation des produits à la surface du derme.

Liste des membres nommés dans le dernier semestre.

Membres adjoints

MM. LACANAL, interne des hôpitaux.

POTIER Id.

SERRÉ Id.

RICHET Id.

ROUTIER Id.

FRÉMY Id.

BLANCHE, élève des hôpitaux.

LEBLED Id.

Membre correspondant.

M. MARTINER DEL RIO.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVII^e ANNÉE.

BULLETIN N° 12 (Février 1843.)

COMPTE-RENDU

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

PENDANT L'ANNÉE 1842 ,

Par M. AMBROISE TARDIEU , Secrétaire.

Depuis dix-sept années, rien n'est changé pour la Société anatomique. Vous vous en félicitez, Messieurs, en voyant toujours à votre tête le savant illustre que vous estimez et que vous aimez, en retrouvant, dans les membres que vous avez appelés au bureau pour le seconder, le même zèle et le même accord; dans les étrangers qui sollicitent l'honneur d'être admis parmi nous, le même empressement soutenu; enfin, dans vos séances, une régularité qui ne s'est pas démentie. Mais, il me sera permis d'en exprimer le regret, rien n'est changé non plus à l'embarras qu'éprouvent tous ceux qui se succèdent à cette place, que je suis heureux et fier de devoir à vos suffrages, pour faire de la réunion solennelle qui vous rassemble autre chose qu'un temps d'arrêt consacré par l'usage.

Il est triste, Messieurs, de n'avoir à vous apporter que l'expression résignée de cette impuissance. Mais ce n'est pas à vos secrétaires, c'est à vous-même qu'il faut en demander le remède. Le compte-rendu que vous attendez de nous ne saurait être qu'une énumération stérile où chacun de vous retrouvera peut-être, du moins je l'espère,

l'esprit qui l'a dirigé dans ses communications; mais où vous chercherez certainement en vain un lien qu'il est presque toujours impossible d'établir avec des faits que le hasard de chaque jour a seul réunis. Ce n'est pas l'ordre dans lequel je vous les présenterai qui me préoccupe, mais bien plutôt l'intérêt qu'il peut y avoir à les rapprocher. Car cet intérêt, il faut bien le dire, fait trop souvent défaut. Vous comprendrez sans doute combien cette conviction fâcheuse doit ajouter à l'émotion que je ressens au milieu de ces images illustres, dans cette enceinte réservée de la Faculté, dont la plus honorable bienveillance nous ouvre les portes, mais où j'ai besoin d'être rassuré par votre présence, qui me reporte au milieu de nos assemblées fraternelles dans lesquelles je ne compte que des maîtres qui me sont chers, des condisciples, des amis.

Je puise aussi quelque confiance dans le tableau de la prospérité croissante de la Société. Cette année aura été l'une des plus fécondes; et jamais le passé ne vous aura offert plus d'encourageantes promesses pour l'avenir. 43 candidats ont sollicité vos suffrages; et, parmi eux, vous avez accordé le titre de membres correspondants ou honoraires à 7 médecins étrangers, qui iront porter votre nom jusqu'aux points les plus reculés du monde, étendant ainsi des relations dont vous saurez faire profiter la science. Au nombre de ces savants dont vous pouvez revendiquer les noms, nous sommes fiers de compter deux honorables professeurs de l'Académie de Vienne, MM. Rokitansky et Skoda, que vous connaissez dès longtemps par leurs importants travaux. 4 admissions seulement ont eu lieu parmi les titulaires, et nous aurions le droit de vous reprocher à tous trop de modestie, en vous voyant laisser vacantes les places que la Société réserve à l'élite de ses membres. Les formes tutélaires dont vous avez si sagement entouré l'élection des membres adjoints, loin d'en restreindre le nombre, ont donné plus d'éclat, en même temps qu'elles

assuraient une double garantie aux choix que vous avez faits. Pour 4 candidats qu'un juste soin de votre dignité et de votre considération scientifiques vous a forcés d'écarter, 28 nouveaux membres ont été admis. Tous ou presque tous sont internes des hôpitaux. Je le dis avec joie et je m'en applaudis hautement en votre nom. — Il est bon que la Société anatomique soit reconnue pour le centre de ralliement de cette glorieuse école des hôpitaux de Paris, que des mesures maladroites et inintelligentes pourront ébranler et amoindrir, mais dont elles ne ruineront jamais les bases, qui sont l'amour de la science et de l'humanité. Il est bon que chaque génération nouvelle sache qu'elle retrouvera, parmi nous et parmi nous seulement, ces traditions de l'internat qui seront toujours nos plus chers souvenirs comme nos titres les plus précieux, et que vous donnerez à ceux qui vous suivront, en retour du mouvement et de l'activité laborieuse qu'ils vous apportent. Dans ce dénombrement de vos membres, pourquoi faut-il que des souvenirs de deuil viennent chaque année nous rappeler de douloureuses pertes? Quatre de nos collègues manquent à cette réunion. où leur âge semblait nous promettre que nous les verrions encore pendant de longues années. Deux d'entre eux vous étaient à peine connus, et vos suffrages les accueillaient au moment même où ils ne pouvaient plus ni les connaître ni en jouir. Les deux autres, plus avancés dans la carrière, terminaient, après l'avoir dignement rempli, le temps de leur séjour dans les hôpitaux. Vous allez entendre exprimer pour chacun d'eux, dans le langage du cœur, des regrets auxquels j'ai voulu m'associer ici au nom de la Société tout entière.

L'exposé de vos travaux communs peut seul faire diversion aux tristes pensées qu'inspire toujours cette mort prématurée, à laquelle ils semblent du moins vous indiquer déjà les moyens de survivre. Les communications qui ont été faites à la Société anatomique, depuis le mois de

février 1842 jusqu'à ce jour, sont au nombre de 215, chiffre qui dépasse de beaucoup celui de la plupart des années précédentes, et en particulier de l'année dernière, où il ne s'est élevé qu'à 179. Presque toutes sont exclusivement, et trop exclusivement peut-être, relatives à l'anatomie pathologique. Je m'efforcerai, en vous les rappelant de les rattacher autant que possible à la pathologie, soit externe, soit interne.

I. *L'anatomie normale*, qui compte cependant parmi nous tant d'interprètes intelligents et habiles, vous a fourni à peine quelques communications d'une importance secondaire. M. *Tavignot* a poursuivi, un peu trop loin peut-être, les recherches qu'avaient entreprises l'année dernière M. Gosselin sur l'existence du périoste à la surface des cartilages articulaires. M. *Schultz*, qui a remporté en Russie le titre de correspondant de notre Société, avait étudié comparativement la forme des ongles dans les variétés de la race caucasienne. Ce travail, d'une observation minutieuse, presque subtile, a été examiné et critiqué par M. *Giraldès* dans un de ses rapports, si riches de connaissances positives et que vous aimez à entendre. Il vous a montré que l'ongle ne peut fournir aucune donnée d'appréciation fixe et qu'en se fondant sur l'analogie de l'ongle et des poils on partait d'une erreur pour arriver à une hypothèse. Quelques détails intéressants à la fois pour l'archéologie, l'histoire et la physiologie vous ont été donnés sur le squelette de Jean-sans-Peur, par M. le docteur *Ripault* de Dijon, l'un de vos correspondants qui vous a gardé le plus constant souvenir. M. *E. Forget*, dont l'ingénieuse ardeur pour la science s'exerçait jusque dans les loisirs d'un lointain voyage, vous a donné des détails intéressants sur l'état de conservation des cadavres ensevelis dans les neiges des Alpes. M. *Deville* a mis à profit un fait pathologique pour revoir quelques points relatifs à la structure de l'utérus. Les anatomistes de la Société ont

conservé quelques doutes sur la disposition qui vous était signalée, et une commission prononcera sur les idées, d'ailleurs vivement défendues, de M. Deville. Le fait anatomique le plus important qui vous ait été montré, est l'existence de cette branche transitoire du nerf dentaire inférieur, qui, placé derrière la dernière molaire, remonte en contournant le germe dentaire pour l'épanouir dans la membrane gingivale. C'est par M. *Giraldès* que cette particularité remarquable vous a été démontrée. Le petit nombre de ces communications ne vous porte-t-elle pas à penser que la science anatomique est faite et à peu près achevée, du moins pour l'école française, qui se sent peu disposée à suivre au-delà de l'anatomie descriptive, et, sur le champ de l'anatomie générale et microscopique, l'impulsion de l'Allemagne moderne, qui convient mal aux tendances de son esprit positif.

II. Les *anomalies*, qui sont à coup sûr moins curieuses et moins intéressantes que la régularité des lois naturelles, ont cependant le privilège de fixer vivement l'attention. Vous en avez vu plusieurs qu'il suffira de vous rappeler. M. le professeur *A. Bérard*, dont le souvenir flatteur n'abandonne pas la Société anatomique, vous a montré un rein placé sur la ligne médiane. La facilité avec laquelle cet organe se déplace, nous est connue, et vous en devez un second exemple à M. *Thore*. Une anomalie beaucoup plus remarquable est ce cas où M. *Oulmont* n'a trouvé que deux valvules à l'aorte, disposition qui, observée quelquefois à l'artère pulmonaire, est tellement rare pour l'aorte, que M. Cruveilhier ne l'avait jamais rencontrée. Ces deux valvules étaient insuffisantes pendant la vie.

M. *Géry* vous a adressé la description d'une transtscription des viscères. Chez un enfant nouveau-né, M. *Thore* a rencontré une appendice canaliculée qui se rendait de l'intestin grêle à l'ombilic, et qui peut éclairer l'étude d'une disposition propre à l'état embryonnaire. Deux

grossesses extra-utérines vous ont été montrées, l'une par M. *Gaucher*, l'autre par M. *Boucher*. On pouvait conserver quelque incertitude sur l'espèce à laquelle elles appartenaient. Cependant un très-bon rapport de M. *Rendu* a fixé la détermination de la première qui était une grossesse péritonéale. Pour la seconde, malgré quelques dissidences imposantes, elle semblait plutôt tubaire, moins peut-être d'après les caractères propres de la tumeur, qu'à cause de la marche qu'elle a suivie, et de la terminaison par rupture.

Nous arrivons à la série beaucoup plus riche des faits pathologiques : la maladie n'épargne, pas même chez l'homme, le premier degré de l'organisation. L'organe qui doit servir à l'entretien de la vie fœtale est le siège d'altérations peu connues, mais dont les communications de plusieurs de vos membres nous montrent toute l'importance. Les hémorrhagies du tissu placentaire qui semblent avoir sur le produit de la conception une influence que ne fait pas soupçonner celle que la mère en ressent ordinairement, offrent diverses périodes. Et vous avez pu observer, sur des pièces présentées par MM. *Comin*, *Depaul* et *Déville*, les transformations successives du sang en caillots fibrineux et même en granulations ossiformes. L'avortement n'est peut-être pas sans liaison avec ces différents états. Les deux exemples qui vous en ont été donnés sont bien faits pour vous intéresser. Dans un cas de M. *Comin*, c'est un ovule arrêté dans les premiers temps de son développement et séjournant cependant encore dans l'utérus, d'où il n'est chassé que trois mois plus tard, au milieu d'une masse de caillots. Dans un autre, que M. *Depaul* vous a signalé comme une particularité singulière et contestée, le placenta, retenu après une fausse couche, avait contracté des adhérences avec la matrice dans la cavité de laquelle il ferait saillie comme un polype. M. *Pigné* a pu retrouver au milieu d'une tumeur trouvée libre, dans le péritoine toutes les parties du squelette d'un fœtus.

Les altérations qui commencent durant la vie intra-utérine sont de deux espèces : les unes sont de simples états morbides passagers ou durables ; les autres qui indiquent un trouble plus ou moins profond dans la formation organique, constituent ces problèmes tératologique avec lesquels, il faut bien le dire, l'observation la plus laborieuse n'a pu réussir à former une science. Parmi les premières, on peut ranger la variole congénitale observée par *M. Thore* ; le pemphigus des nouveau-nés, auquel *M. Depaul* persiste à assigner une nature syphilitique ; le kyste du rein et l'hydrocéphale, que *M. Depaul* a vu atteindre un volume assez considérable pour gêner l'accouchement ; la tumeur sanguine double, qui avait perforé les pariétaux, et que nous montrait, comme une forme particulière de céphalématome, *M. Ripault* de Dijon : je ne parle pas de cette hernie crurale congénitale que *M. Depaul* avait cru d'abord reconnaître sur un fœtus, mais je vous rappellerai encore cette affection si extraordinaire de la peau dont *M. Souty* vous a fait une exposition très-complète, et que *M. Dequevauxviller* a attribuée à l'ichthyose dans un rapport excellent, où il a réuni et critiqué avec discernement les faits semblables que la science possède. A la seconde espèce d'altérations congénitales se rattachent les observations suivantes : *M. Giraldès* vous a montré un fœtus monstrueux dont la conformation semblait indiquer une absence presque complète du squelette du tronc : notre savant collègue nous a fait espérer de nouveaux détails sur la structure de ce monstre. Deux exemples de cœur simple vous ont été présentés par *M. Thore*, qui a donné ailleurs à ces observations des développements pleins d'intérêt. *M. Dequise* vous a communiqué un fait de cyanose déterminé par la persistance du trou de botal, et par une communication entre les deux ventricules : ce qu'il y a de remarquable, surtout dans ce fait, c'est le rétrécissement très considérable qui existait à l'artère pul-

monaire, et qui constituait ici la lésion primitive. Pour le tube digestif, M. Thore nous a fait voir un intestin grêle qui, dans un point assez limité de son étendue, offrait un rétrécissement, puis une oblitération complète ; l'observation a été suivie avec un grand soin, et l'on a vu l'enfant qui portait un tel vice de conformation, en proie à des vomissements continuels résister encore pendant dix jours. M. Pigné a montré une imperforation de l'anus qui a été, de la part de M. Demeaux l'objet de considérations pratiques fort importantes, notre collègue fondant l'indication de l'opération sur l'existence d'une dépression au point où doit s'ouvrir l'intestin. Dans un autre cas appartenant à M. Depaul, et sur un enfant qui avait à la fois une ectrophie de vessie, un kyste rénal, un double pied bot et un spina-bifida, la partie inférieure de l'intestin avait contracté des adhérences avec la vessie dans laquelle il se terminait. L'oblitération du canal cholédoque observée par M. Lhommeau donnait l'explication anatomique, si souvent absente de l'ictère d'un nouveau-né. Outre celui que je viens d'indiquer, deux spina-bifida vous ont été montrés par MM. Thore et Depaul, et ont fourni à M. Pigné le texte de remarques très-judicieuses sur la disposition qu'affecte la moelle dans ces tumeurs contre lesquelles toute opération doit être interdite. Des vices de conformation beaucoup plus simples et parfaitement compatibles avec la vie ont été exposés par M. Neucourt et par M. Demeaux. Le premier consiste dans l'absence héréditaire de la voûte palatine ; le second dans une déformation congéniale de l'iris, qui ne gênait nullement la vision, et qui a rappelé des cas analogues à notre président et à M. Contour. Enfin, pour terminer cette étude par un genre de difformité qui, congéniale ou acquise, peut agir d'une manière plus ou moins directe sur la production des différents vices de conformation, je noterai quatre formes très-diverses de difformité du bassin : l'une, due à M. Demeaux, repré-

sentait celle que Nægelé a décrite sous le nom de *bassin oblique ovalaire* ; ce rétrécissement s'accompagnait, comme cela est ordinaire, d'une présentation vicieuse du fœtus ; les trois autres fournies par M. *Depaul*, dont les études spéciales sont si souvent appréciées par la Société, consistaient en un rétrécissement considérable, suite de rachitisme et ayant nécessité l'opération césarienne ; un bassin vicié par une ostéomalaxie, sur laquelle quelques membres, et notamment M. *Cazeaux*, ont élevé des doutes ; enfin, une étroitesse absolue sans déformation du bassin, cas assez rare pour mériter d'être mentionné tout particulièrement, surtout comme indiquant la nécessité de l'accouchement prématuré artificiel.

IV. Les faits dont il me reste à vous entretenir appartiennent soit à la pathologie externe, soit à la pathologie interne. Mais, outre cette distinction naturelle, qu'il est à peine nécessaire d'indiquer, il en est une plus importante au point de vue qui nous occupe ; car elle doit précéder toute tentative de classification. En effet, nous devons nous attacher à faire ressortir ici le point saillant de chaque observation ; il en est facile de voir que tantôt ce sera la lésion elle-même, tantôt l'organe lésé, qui détermineront le meilleur mode de classement. Dans le premier cas seulement, on pourra adopter un ordre anatomo-pathologique ; dans le second, au contraire, on devra nécessairement suivre l'ordre anatomique qui n'est d'ailleurs qu'un procédé très-peu méthodique. La difficulté est sans doute de savoir toujours discerner et saisir le caractère dominant de chaque fait ; mais il est certain que la confusion est inévitable si l'on perd de vue la distinction que je viens de vous soumettre. Quelques mots développeraient ma pensée, et je vous demande la permission de les ajouter. Il n'y a de classification possible que pour les choses finies et définies ; l'anatomie pathologique, en tant que science de coordination, ne peut donc embrasser que des lésions dé-

terminées, et en quelque sorte achevées, comme l'anatomie elle-même ne peut atteindre que des parties formées et limitées. Il résulte de là que tout ce qui est évolution, mouvement, échappe, non pas à l'observation, mais à la classification. Je défie que l'on fasse entrer dans un cadre anatomo-pathologique uniforme les différentes phases de l'inflammation. On peut classer ses produits, on ne peut classer les degrés par lesquels elle passe; ou du moins on ne le pourrait qu'en changeant autant de fois qu'il le faudrait, c'est-à-dire en privant de tout appui solide les bases d'une classification. C'est ce qu'on a presque toujours fait. En résumé, il y a deux espèces d'états anatomo-pathologiques, ceux qui sont produits, ceux qui produisent; les premiers se classent, les seconds s'observent. Pour ceux-là le siège est peu important, pour ceux-ci il sert à les désigner et à en rendre l'énumération plus facile.

V. Je vous parlerai d'abord, Messieurs, des faits qui peuvent se classer d'après la nature de la lésion, de ceux que l'anatomie pathologique peut ranger d'après des principes scientifiques dont j'emprunte les éléments aux idées de Buraach.

Les altérations pathologiques portent sur les caractères physiques seuls, ou sur le caractère de la formation organique.

A. — Les altérations, dans les caractères physiques, qui intéressent la continuité des tissus, la forme et la position des organes comprendront les plaies, les fractures, les luxations, les hernies, les déplacements, etc.

1° *Plaies, solutions de continuité des parties molles.* — Deux plaies par arme à feu vous ont été montrées par MM. Fauraytier et Aubry, toutes deux dignes d'intérêt, à des titres divers. La première de date déjà ancienne, et qui avait pour siège la région coxale, a donné lieu à des observations curieuses sur la cicatrisation des plaies osseuses, que vous avez trouvées consignées dans un rapport

de M. *Pigné*. La seconde, produite par une balle de pistolet, qui avait pénétré à travers la voûte palatine, les fosses nasales, et la base du crâne jusque dans le cerveau, a soulevé quelques questions de physiologie et de diagnostic assez importantes. M. *Bourdon* et M. *Jousset* ont observé des déchirures de l'intestin, survenues dans des circonstances différentes, mais présentant une même particularité, c'est-à-dire l'absence complète, ou presque complète, de traces extérieures. Cette différence, entre les désordres internes et l'état des téguments, assez communs pour que M. *Cruveilhier* et M. *Gosselin* vous en aient rappelé plusieurs exemples est extrêmement utile à connaître. Les plaies de l'intestin nous conduisent à vous parler du nouveau procédé de suture, qui a été imaginé par M. *Voillemier*, et auquel il ne manque que la sanction de l'expérience. Dans une chute très-grave, qui avait déterminé de nombreux accidents. M. *Jousset* a noté la rupture de la rate, lésion qui, à part l'importance doctrinale que lui avaient donné les idées des anciens chirurgiens, n'en est pas moins très-intéressante pour l'histoire des altérations viscérales traumatiques, auxquelles nous pouvons encore rattacher une rupture de la vessie, déterminée par un éboulement chez un malheureux carrier, observé par M. *Maunoury*. Il est toujours très-curieux de suivre les changements qui s'opèrent dans les tissus à la suite de lésions anciennes de cause externe. Si la nature trouve le plus souvent des ressources réparatrices que l'on ne peut assez admirer, il est des cas où la nature des organes blessés ne lui laisse aucune puissance. Telle était cette plaie de l'urèthre que vous a présentée M. *Tavignot*, et qui, produite dix ans auparavant par un coup de baïonnette, avait été suivie d'une fistule urinaire, d'une transformation fibreuse des corps caverneux, et d'une oblitération de l'urèthre dans toute la partie antérieure.

2° *Fractures*. — 20 exemples de fractures vous ont été

présentés : 1 de fracture du crâne ; 5 de la colonne vertébrale ; 1 du sternum ; 6 du membre supérieur ; 6 du fémur ; 1 du calcanéum. Cette dernière fracture qui, dans un cas rapporté par M. *Aubry*, était réunie chez le même individu, à une fracture du crâne de la colonne vertébrale et du sternum, a été récemment l'objet d'un travail où l'on a donné l'exposé de signes qui se trouvent parfaitement indiqués dans l'observation dont M. *Aubry* a enrichi vos bulletins.

Les fractures du fémur vous ont offert plusieurs variétés : Depuis l'arrachement de la portion supérieure de la tête de l'os, avec luxation de l'autre partie de la tête articulaire, accompagnée de diastasis du bassin, et de fracture en étoile de la cavité cotyloïde, fait que vous devez à M. *Maunoury* jusqu'à cet éclat détaché de l'un des condyles, et formait dans l'articulation un corps étranger que M. *Richet* vous a montré, vous avez vu la plupart des principales espèces de fractures du fémur. Celles qui siègent sur le col ont le privilège d'appeler plus particulièrement votre attention. MM. *Pigné*, *Moreau* et *Demeaux* vous en ont soumis plusieurs. Une discussion d'un grand intérêt s'est élevée à propos de l'une d'elles, entre MM. *Bérard*, *Denonvilliers*, *Chassaignac*, *Demeaux*, *Pigné* et *Mercier*, sur un point important de l'histoire de ces fractures, je veux dire la différence relative du raccourcissement suivant qu'elles sont intra ou extra-capsulaires. L'opinion anglaise, qui a pris dans ces derniers temps une grande extension parmi nos chirurgiens, l'a encore emporté dans le sein de la Société, qui a reconnu néanmoins l'influence que peut avoir pour réduire le raccourcissement, l'engrenage des fragments qui s'observe surtout dans la fracture extra-capsulaire. Presque toutes les fractures du membre supérieur qui vous ont été présentées appartenaient à l'avant-bras. M. *Demeaux* vous a fait voir une fracture de l'olécrâne consolidée par un cal osseux ; M. *Chassaignac*,

une difformité singulière déterminée par la réunion d'une fracture de l'avant-bras dont le cal avait embrassé et fixé les tendons des muscles extenseurs, disposition qui suivant la remarque pratique de M. *Gosselin*, avait dû être favorisée par la suppuration d'une plaie des téguments. Trois fractures de l'extrémité inférieure du radius dont l'une, simulant une luxation du poignet présentée par M. *Fiquière*, la seconde par M. *Aubry*, remarquable à cause de la disposition en éclats longitudinaux, la troisième enfin, apportée par M. *Demeaux*, ont généralement paru confirmer les idées développées par notre collègue M. *Voillemier*. Il les a reproduites en partie au sujet d'une fracture multiple de l'épaule sur laquelle il vous a montré le rôle important que jouent dans les fractures, l'engrénage des fragments. Vous avez entendu de M. *Maunoury* un rapport contenant lui-même plusieurs faits nouveaux, sur la fracture du sternum par contre-coup, qui existait chez le malade de M. *Aubry*. La fracture du crâne dont il était atteint en même temps, avait ceci de remarquable, que les symptômes observés pendant la vie s'accordaient peu en apparence avec les lésions qu'a révélées l'autopsie. Il en était de même de la fracture de la colonne vertébrale, qui siégeait sur les onzième et douzième vertèbres dorsales et paraissait produite par la transmission du choc vertical : ce qui n'est certainement pas le plus ordinaire. Dans les autres cas de fractures de l'épine, que MM. *Dastros*, *Hersent* et *Routier* vous ont soumis, il n'en était pas ainsi. Dans aucun la mort n'avait été instantanée, ce qui était d'autant plus remarquable dans le dernier que l'atlas était divisé en plusieurs fragments. Mais la moelle n'avait été lésée que par la fracture de la 6^e vertèbre cervicale, au-dessous de l'origine des nerfs phréniques.

3^o *Luxations*. — Par un hasard regrettable, vous n'aurez rien à apporter cette année à l'histoire des luxations pour laquelle vos bulletins ont fourni d'ailleurs de si précieux matériaux, mais qui n'est pas encore assez parfaite pour se

passer de nouvelles lumières. Une luxation spontanée de l'articulation ilio-sacrée vous a été montrée par M. *Serré*. Ce cas rare se rattache du reste à d'autres considérations.

4. *Hernies*. — Vous avez été plus heureux pour la grande classe des hernies. Les travaux que notre collègue, M. *Demeaux*, poursuit avec une persévérance si intelligente et si soutenue n'ont pas peu contribué à vous fournir sur ce sujet d'intéressantes communications ; vous les avez jugées telles, en voulant qu'une commission spéciale choisie parmi l'élite de vos membres les recueillît pour les étudier plus à fond, et vous en rendre compte. Mais, en vous rappelant l'existence de cette commission, qui paraît presque l'avoir elle-même oubliée, permettez-moi de me plaindre de ce que l'esprit d'association ne fasse pas plus de progrès parmi nous ; de ce que vos habitudes, qui, du reste, sont celles de l'esprit scientifique en France, répugnent si généralement à tout travail d'ensemble ; vos commissions sont et ont toujours été illusoires ; vous y perdez certainement un grand nombre de travaux sérieux, discutables parce qu'ils auraient été discutés, et que ne sauraient compenser quelques rapports d'une incontestable valeur que vous entendez à de rares intervalles, qui peuvent avoir une grande autorité individuelle, mais auxquels une discussion imprévue et avortée ne saurait donner, dans aucun cas, la consécration naturellement acquise aux travaux qu'une société savante exécute en commun. Vous excuserez, Messieurs, ce reproche, qui part d'un esprit profondément attaché à votre avenir et pénétré de votre importance ; il est justifié, d'ailleurs, par le regret que j'éprouve à ne pouvoir tirer, des travaux particuliers qui vous ont été communiqués sur les hernies, tout ce qu'une étude plus longue et des lumières plus sûres n'auraient pas manqué de vous présenter : je me bornerai à vous rappeler les principaux faits. Outre ses recherches sur l'organisation des tissus qui constituent le collet du sac her-

niaire, M. *Demeaux* vous a montré, sur un enfant de quelques jours seulement, une double hernie inguinale dont le sac était tout-à-fait indépendant du péritoine, et qui, par conséquent, n'avait pas les caractères de la hernie congénitale. A cet exemple singulier, qui a, sans doute, bien peu d'analogues, M. *Comin* a ajouté un fait comparable. La question du siège de l'étranglement des hernies inguinales ou crurales a été agitée devant vous à propos surtout de deux faits : l'un, appartenant à M. *Bourdon*, présente au point de vue pratique l'intérêt qui s'attache toujours à ces cas exceptionnels où les circonstances, les plus insolites s'accumulent pour tromper le sens le mieux exercé, l'esprit le moins facile à surprendre. Votre vice-président M. *Gosselin* vous a fait sentir avec plus d'autorité que je ne pourrais le faire, les principaux points de cette observation où l'étranglement siégeant à l'orifice supérieur du canal inguinal, n'a pu être reconnu à cause de la dilatation considérable du canal et de la portion du sac qu'il renfermait, dilatation telle que le doigt ne pouvait atteindre le collet du sac et croyait être arrivé jusque dans la cavité abdominale. — Le second fait qui vous a été présenté par M. *Denonvilliers*, est une hernie crurale, étranglée manifestement par l'anneau fibreux et qui était compliquée de la présence dans l'anse herniée d'un noyau de cerise qui avait gêné le rétablissement du cours des matières et avait même altéré les tuniques intestinales. — MM. *Denonvilliers* et *Chassaignac*, que la société se plaît à compter parmi les membres qui lui sont restés le plus fidèles, vous ont montré chacun une hernie ombilicale. Celle qui appartient à l'honorable chef des travaux anatomiques de la Faculté est d'autant plus frappante qu'elle était simplement graisseuse et qu'elle passait bien par l'anneau ombilical lui-même.

La hernie obturatrice est une affection assez peu commune et d'un diagnostic assez difficile pour que vous atta-

chez un grand prix à celle dont les détails vous ont été exposés par M. *Livois*, et où vous avez vu tous les signes d'un étranglement que l'on avait cru interne. M. *Demeaux* a saisi cette occasion d'étudier la disposition des vaisseaux qui peuvent être en rapport avec le collet du sac, dans la hernie obturatrice. Dans le plus grand nombre des cas le sac se trouve compris entre une arcade osseuse qui est placé supérieurement, et une demi spire artérielle qui le contourne inférieurement, circonstance peu favorable au débridement, si on voulait le tenter.

Nous pouvons encore rattacher à la question des hernies intestinales les recherches importantes entreprises par M. *Voillemier* sur les avantages des injections nutritives faites par le bout inférieur dans les cas d'anus contre nature, recherches auxquels M. *Demeaux* a pu ajouter quelques considérations intéressantes pour l'anatomie pathologique et la physiologie. Une question de priorité a été soulevée à ce sujet par M. Després; mais la bonne foi de M. Voillemier a été reconnue par la Société, qui n'a d'ailleurs pas cru pouvoir juger la question de priorité.

Outre les déplacements de quelque partie de l'intestin, vous avez vu une hernie de la trompe de Fallope que vous a montrée M. *Aubry*, et qui s'était faite par la partie la plus élevée de la paroi antérieure du canal crural; et une chute complète de l'utérus avec renversement de la vessie. Ce fait, dû à M. *Ferra*, est certainement l'un des plus curieux qui vous aient été soumis, à cause surtout de la formation des calculs vésicaux, qui a compliqué le déplacement et nécessité la cystotomie uréthro-vaginale. La valeur de cette observation, heureusement acquise à votre publication, s'est encore accrue d'études historiques et chirurgicales, que M. *Gosselin* a bien voulu y joindre.

B. — Les altérations dans le caractère de la formation organique, sont, vous le comprenez, plus difficiles à déterminer. Mais aussi elles offrent au pathologiste le sujet

des considérations les plus élevées, c'est sur elles que se fondent et que s'exercent ces principes de la science, cette philosophie de l'anatomie pathologique, que vous devez être fiers d'avoir entendu proclamer sur un plus vaste théâtre, et avec tant d'éloquence, par votre illustre président.

A. La transformation peut porter sur les liquides, et vous en avez vu un exemple bien remarquable dans cette altération du sérum du sang, trouvée chez un gouteux, par M. *Depuisaye* ; c'est un de ces cas de sérum lactescent, de sang blanc, sur lesquels leur singularité et leur rareté mêmes ont dès longtemps appelé l'attention des observateurs. Les explications n'ont pas manqué. Haller pensait que c'était du chyle mal élaboré qui passait dans le sang ; Moiroud observant le même phénomène sur une ânesse morte pendant le part, l'attribuait à la présence du lait ; Raspail y voyait de l'albumine mise en liberté par l'acescence du sang ; Lecanu, Mareska, Christison, plus éclairés, reconnaissaient la nature grasseuse du liquide transformé. L'hypothèse arrivait ensuite pour expliquer comment, par une action trop énergique des absorbants, la graisse se trouvait reprise sur le tissu grasseux des personnes soumises à une diète rigoureuse, ou chargées d'embonpoint ; le fait est que l'on voyait le sang devenu blanc chez une oie grasse. Quoiqu'il en soit, dans le cas qui vous a été communiqué, l'analyse chimique, poursuivie par les soins de M. *Déville*, a démontré positivement que la coloration blanche du sérum était due à la matière grasse très-abondante qui y était suspendue.

La disposition à la formation du pus caractérise l'une des plus remarquables altérations de l'organisme. Il ne se passe pas d'années sans que vous en receviez des exemples frappants ; et plusieurs fois, chaque année, se renouvellent devant vous des discussions stériles, je ne crains pas de le dire, parce que beaucoup de ceux qui y prennent

part se préoccupent des théories et des explications beaucoup plus que celui dont ils attaquent les idées, et que ceux qui les défendent. Cette disposition à la formation du pus vous a été signalée dans ses trois plus importantes variétés : à la suite d'une opération chirurgicale, le trépan, par M. *Tavignot* ; dans l'état puerpéral, par M. *Mounoury* ; dans la morve aiguë farcinieuse de l'homme, par M. *Contour*. Que le pus se trouve dans les poumons ou dans le foie, qu'il s'infilte entre les tuniques de l'estomac ou qu'il se collecte à la surface du corps, en abcès multiples, il n'en est pas moins engendré sous l'influence d'un état général dominant, dont les causes nombreuses sont assez variables pour embrasser à la fois la lésion traumatique la plus simple et la contagion spécifique de la morve. Vous m'avez permis de mettre sous votre patronage, en vous les communiquant, mes propres recherches sur une forme encore peu étudiée de cette dernière affection ; et en particulier sur les lésions caractéristiques de la morve chronique dans les fosses nasales chez l'homme, et dans les voies aériennes chez les chevaux. Les phlébites qui vous ont été présentées par MM. *Lambron*, *Tricou* et *Chassaignac* ont toutes présenté les caillots obturateurs à l'existence desquels donnent tant d'importance des idées théoriques que leur absence ne contredirait pas. Un fait bien intéressant, dont la gravité n'a peut-être pas été assez sentie, vous a été communiqué par M. *Demeaux*. Du pus dans les vaisseaux lymphatiques et dans les ganglions, sur un membre inférieur où siégeait un ulcère, semblerait établir que l'absorption du pus, impossible pour les veines, le serait pour les lymphatiques.

B. 1^o Dans les transformations organiques des solides, l'hypertrophie est le premier degré. Elle s'est présentée à l'état de simplicité, et presque sous une forme essentielle dans un autre cas de M. *Milcent*, où la rate, le foie, les reins et la plupart des viscères étaient hypertrophiés,

eu dehors de toute cause pathologique. Les hypertrophies du cœur, rarement simples, trouveront place parmi les altérations où la considération de l'organe lésé est plus importante que la nature de la lésion. Je mentionnerai seulement ici une hypertrophie du cœur, observée chez un enfant de 3 mois et demi, par M. *Thore*.

2° Les changements de substance qui s'opèrent dans les tissus, peuvent les ramener à une organisation plus simple, ou avoir au contraire un caractère de progression très-marquée. A la première espèce se rattache la dégénérescence graisseuse des os qui vous a été montrée par M. *Guitten*; à la seconde, cette transformation fibro-cartilagineuse des parois d'une tumeur présentée par M. *Denonvilliers*; cette transformation dartroïde du tissu cellulaire qui double les parois du sac herniaire, signalée par M. *Demeaux*; enfin cette remarquable ossification du muscle brachial antérieur, que M. *Pigné* vous a fait voir comme la cause d'une nouvelle espèce de fausse ankylose.

C. — La formation de parties nouvelles homologues est le caractère d'une classe importante d'altérations.

1° La répétition de parties normales s'observe dans la production des certaines pseudo-membranes cellulenses, telles que celles qui, dans une observation de M. *Contour*, simulait le péritoine ulcéré; de certains kystes de l'ovaire analogues à ceux de MM. *Lhommeau* et *Thibault*; et aussi de ces moyens d'union, de formation récente, de ces adhérences fibreuses qui constituaient l'ankylose incomplète du genou, à propos de laquelle M. *Dévill* vous a soumis des idées qui vous ont paru peu applicables en pratique.

2° La régénération est le moyen que la nature emploie pour réparer les pertes de substance ou la destruction des tissus; et vous aurez été curieux d'en étudier la marche dans quelques cicatrices qui vous ont été montrées. Deux

surtout avaient de l'intérêt : servant de moyen d'union entre des tendons divisés, elles soulevaient plusieurs questions relatives à la ténotomie et qui ont été agitées avec autorité par MM. *A. Bérard*, *Demeaux* et *Mercier*. Je suis malheureusement forcé de passer sous silence une cicatrice extrêmement remarquable occupant presque toute la surface de la trachée et des bronches, mais à laquelle la négligence des détails d'observation les plus indispensables, demandés vainement au candidat qui vous la présentait, a fait perdre toute valeur.

D. — La formation de produits hétérologues comprend de nombreuses variétés parmi lesquelles figurent les lésions les plus frappantes qu'ait à étudier l'anatomie pathologique.

1° Les dégénérescences articulaires, désignées sous le nom de tumeurs blanches, ont été de tout temps l'objet de l'attention et des études de la Société. Plusieurs exemples vous en ont été encore montrés cette année. Je n'y insisterai cependant pas longtemps, si ce n'est pour vous rappeler la nature fongueuse de la tumeur blanche du pied, observée par M. *Denonvilliers*; la luxation du genou, et surtout les traces d'ostéite qui existaient sur une pièce de M. *A. Bérard*; les nécroses du coude qui accompagnaient celles de M. *Gallerand*, et enfin les deux faits de coxalgie de MM. *E. Cloquet* et *Blanche*. L'induration de la glande thyroïde, jointe à la présence de kystes au sein même de la glande, dans une observation de M. *Gaucher*, a été porté assez loin pour déterminer l'asphyxie par compression de la trachée. Ce n'était pas en agissant sur les nerfs que le goître avait été dans ce cas la source des accidents, comme vous l'avez vu l'année dernière par un fait très-bien étudié par MM. *Gaubric* et *Gosselin*. Deux pièces vous ont été montrées par M. *Guignard* et par M. *Livois*, sur lesquels vous avez pu voir deux degrés de la dégénérescence particulière des reins qui coïncide avec le passage

de l'albumine dans l'urine. Elles ont confirmé tout ce que les observateurs modernes nous ont appris sur cette maladie. Enfin M. *Contour* a présenté le seul exemple de cirrhose du foie qui l'ait été cette année.

2^o Les excroissances et les pullulations de toute nature qui ont été soumises à votre observation sont assez nombreuses. M. *Denonvilliers* vous a montré une tumeur éléphantiaque qu'il avait enlevée sur les grandes lèvres d'une jeune fille, et dont le développement et la structure étaient fort remarquables. Un lipôme, dans lequel on voyait se développer du tissu érectile, nous a été signalé par M. *Gosselin*, comme un fait très-rare. M. *Cazeaux*, dans une communication qui lui est doublement personnelle, nous a exposé l'évolution très-singulière d'une petite tumeur érectile qu'il porte sur la poitrine et qui a succédé rapidement à un petit repli cutané, semblable à beaucoup d'autres que notre collègue peut avoir sur le corps.

Les tumeurs sanguines, qui ne sont souvent que le premier degré de dégénérescences plus graves, offrent à cet égard un intérêt particulier : M. *Denonvilliers* en a montré une qui siégeait sous le ligament rotulien, et qui, au point de vue du diagnostic et du traitement, lui a fourni quelques-unes de ces considérations pratiques, qui donnent toujours un grand prix à ses communications. M. *Caron* nous a fait voir un dépôt fibrineux dans la rate où de semblables tumeurs ne sont pas très-rares. M. *Milcent* a pu vous présenter un cas extrêmement remarquable qui, confondu pendant la vie avec un abcès par congestion, suite d'une carie tuberculeuse de la colonne vertébrale, consistait en une sorte de tumeur sanguine fongueuse qui avait détruit une vertèbre et comprimait la moelle. Un véritable fungus des os du crâne, ayant pris naissance dans le diploë, a été montré par M. *Rendu*. On peut rapprocher utilement ce nouveau fait de celui qui avait si brillamment servi à soutenir la candidature mal-

heureusement stérile de M. *Belin*, et sur lequel vous aviez entendu un remarquable rapport de l'un des membres de votre comité de rédaction, de M. *Debrou*, dont l'absence sera non-seulement sentie par la société, mais, je ne crains pas de le dire, par l'Ecole de Paris tout entière.— Le sang jouait encore un grand rôle dans la formation du kyste hématique de l'ovaire, montré par M. *Guignard*; aussi bien que dans ce singulier noyau fibrineux trouvé libre dans la cavité du péritoine par M. *Lhommeau*, et qu'il faut certainement rapprocher de certains corps étrangers des articulations.

Les excroissances polypeuses qui vous ont été soumises, ont toutes droit à votre mémoire, en raison de quelques particularités diverses mais également saillantes. Je n'en connais pas de plus extraordinaire et de plus instructive que ce fait, de M. *Contour*, où un polype muqueux de l'oreille moyenne détermine une otite et consécutivement un abcès du cerveau. Ce fait vous rappellera l'une des plus solides et des plus brillantes d'entre les lettres sur l'encéphale. M. *Depuisaye* vous a montré un de ces cas aussi rares qu'importants à connaître, un polype, un vrai polype du cœur, développé dans l'oreillette gauche et produisant un bruit de souffle au premier temps, suite de l'insuffisance de la valvule mitrale. M. *Chassaignac* a émis sur le développement des polypes muqueux de l'utérus des idées dont la justesse vous a frappés. Vous avez vu cinq fois des corps fibreux de l'utérus, que vous devez à MM. *Bérard*, *Chassaignac*, *Gaubric*, *Déville* et *Géry*. Plusieurs discussions soulevées à ce sujet ont permis de mieux étudier quelques points de la question. Le développement des corps fibreux des parois de l'utérus; les rapports qu'ils ne cessent d'avoir avec le tissu de la matrice qu'ils poussent au-devant d'eux et qui leur sert de pédicule quand ils prennent la forme de polypes, les liens qui les unissent à l'utérus, toutes ces données de l'anatomie pathologique vous ont

conduit à des applications d'une haute importance pour la pratique, et à une appréciation plus juste des différents procédés opératoires. La torsion rejetée par M. *Robert*, M. *Rendu* et M. *Pigné*, a dû céder le pas à l'excision. Quant au moyen qui consiste à faire une simple incision sur la tumeur, sans l'énucléer et à laisser aux contractions utérines le soin de l'expulser, moyen qui a été développé devant vous, par M. le professeur *Bérard* et M. *Robert*, il vous a paru, comme le pensent d'ailleurs aujourd'hui ces deux habiles chirurgiens, ne pas mériter une grande confiance. Sur un de ces corps fibreux extrêmement développé M. *Chassaignac* a suivi les changements survenus dans la disposition normale des vaisseaux de l'utérus; il a cru même pouvoir vous montrer des filets nerveux qu'il est si difficile de trouver dans le tissu de la matrice. L'ovaire était le siège d'une dégénérescence fibreuse dont le volume était véritablement énorme dans un cas de M. *Montessu*. M. *Pigné*, à qui vous aimez à reconnaître, comme un glorieux patrimoine, le droit d'évoquer au milieu de vous les idées de notre illustre et premier fondateur, l'a fait avec bonheur au sujet d'un corps fibreux développé dans le sinus maxillaire, et qui avait déformé le squelette de la face sans altérer en rien la texture des os.

Deux exostoses vous ont été présentées, l'une sur le fémur par M. *Chassaignac*, l'autre sur le tibia par M. *Mailiot*. La première était remarquable par la formation d'une capsule séro-fibreuse entre la tumeur et le muscle vaste interne. La seconde, produite par la syphilis, a laissé voir l'évolution successive des couches osseuses qui se superposent.

3° Nous arrivons à des produits morbides que leurs caractères spéciaux de formation, de développement, de marche, de terminaison, distingueront toujours entre tous les autres; et qui témoignent au plus haut degré d'une déviation dans le caractère de la formation organique.

Le fait dominant dans l'histoire de la *tuberculisation*, et qui vous aura frappé dans la plupart des présentations qui vous ont été faites, c'est moins le siège particulier des tubercules que la tendance générale qui préside à leur développement. N'était-elle pas bien marquée, en effet, dans ces cas de diathèse tuberculeuse que vous ont communiqués MM. *Milcent, Delpech, Jousset, Bodinier, Frémy*. Dans ces cas, hormis un, peut-être les poumons participaient à la tuberculisation; mais il a été bien constaté par M. *Gaubric* que, chez un jeune homme de 17 ans atteint de tubercules vertébraux, les poumons étaient tout à fait sains. Ce nouvel exemple qui s'ajoute à d'autres dont on vous a rendu témoins en différentes occasions, ne détruit pas la règle ordinaire reconnue d'ailleurs depuis bien longtemps, mais montre ce qu'il y a de trop absolu dans certaines lois auxquelles il est plus facile de trouver une formule que de soumettre tous les faits. Quant aux particularités qui résultent du siège variable qu'occupaient les tubercules, il en est quelques-unes qui méritent de vous être rappelées. Une tumeur tuberculeuse de la dure-mère avait déterminé une nécrose du crâne et comprimait le cerveau dans le cas de M. *Delpech*. L'hémiplégie d'une phthisique, observée par M. *Bodinier*, avait pour cause un tubercule de la protubérance annulaire. Rien n'est plus curieux que les deux faits recueillis avec tout le soin possible par M. *Milcent*, où des kystes tuberculeux très-étendus, faisant saillie sur les côtés de l'épine, communiquaient avec le canal vertébral, et même avec une caverne pulmonaire. La compression de la moëlle, d'ailleurs saine, donnait lieu à des phénomènes dont la physiologie rend un compte exact. Les vertèbres elles-mêmes étaient malades dans ces deux cas et dans d'autres appartenant à MM. *Gaubric et Jousset*, parmi lesquels je me bornerai à rappeler les tubercules que M. *Neucourt* vous a montrés dans les os des îles et dans les côtes. Vous vous serez demandé sans doute comment il était

possible que des yeux ouverts à l'observation se fussent refusés à voir ces tubercules des os dont l'existence a été établie par trop de faits patiemment et sagement étudiés, pour que je m'arrête à chercher de nouvelles preuves dans ceux qui vous ont été présentés, et de pratique une circonstance trop importante pour que je la néglige, s'est montrée dans l'observation de M. *Joussel*. Les accidents mortels avaient éclaté après l'évacuation d'un abcès par congestion faite par la méthode sous-cutanée. N'est-ce pas là, Messieurs, l'une de ces témérités regrettables que l'autorité du bon sens et de l'expérience condamnait éloquemment il y a quelques jours, dans une discussion mémorable ? — De petites ulcérations tuberculeuses, remarquables par leur siège entre les cerceaux cartilagineux de la trachée, vous ont été présentées par M. *Chassaignac*. La localisation du tubercule dans les fibres charnues du cœur a été observée chez un enfant, dans un cas intéressant de M. *Frémy*. M. *Ripault* vous a montré un testicule tuberculeux. Enfin, M. *Livois* a signalé comme une exception à la règle ordinaire posée par M. Rayer, l'existence de tubercules dans la capsule surrénale sans que le rein lui-même en contint.

4° Je pourrais répéter pour le *cancer* ce que je viens de dire pour le tubercule, en m'appuyant sur un nombre beaucoup plus considérable de faits, car vous n'avez pas reçu moins de 25 communications relatives à ce produit morbide. Plusieurs établissaient d'une manière frappante l'existence d'une diathèse cancéreuse, et entre autres exemples, je vous rappellerai ceux de de MM. *Dequevauviller*, *Moreau*, *Fauraytier* et *Martinez del Rio*. Dans ce dernier, on doit noter comme une circonstance exceptionnelle la présence de tubercules dans les poumons du malade, dont l'estomac et le foie étaient cancéreux. Une question importante qui se rattache aussi tout à fait à l'histoire des diathèses a été soulevée à propos d'une de

ces communications. On avait été pouvoir rapporter à une résorption la localisation successive du cancer dans différents viscères après l'ablation d'une tumeur du testicule. Je ne reviendrai pas sur les arguments qui ont fait justice de cette hypothèse insoutenable, et contredite d'ailleurs par les principales circonstances du fait sur lequel on voulait l'appuyer ; mais il est d'autres points qu'il sera plus utile de vous faire remarquer. D'abord l'influence de l'opération sur la formation de nouvelles productions cancéreuses ; fait qui est d'ailleurs commun à toutes les diathèses, et qui montre bien à quel point, dans cette grande classe de maladies, la force de formation organique est pervertie, puisque tout ce qui peut mettre en jeu son activité donne une nouvelle énergie à la production morbide. La présence du cancer dans les organes glanduleux et dans les ganglions lymphatiques n'est pas plus favorable à l'idée, je ne dirai pas d'une absorption, mais d'une résorption. Il ne faut pas oublier, en effet, que toutes les maladies générales affectent une spécialité de siège qui est quelquefois un de leurs meilleurs caractères. Les diathèses surtout offrent souvent un lieu d'élection dont il est difficile de se rendre compte. Pourquoi les tubercules dans le plus grand nombre des cas ont-ils envahi le poumon ? — Un fait pour lequel il faut se garder d'une interprétation en apparence séduisante, c'est le développement à la surface d'une tumeur squirreuse ulcérée de vaisseaux lymphatiques communiquant avec les veines et peut-être avec les artères, comme vous l'ont montré des injections très-fines de M. *Denonvilliers*. Cette disposition, très-intéressante pour l'histoire anatomique du cancer et pour l'étude de sa texture propre, n'a pas à beaucoup près la même valeur, relativement à sa marche et à son développement.

Si nous considérons maintenant le siège particulier du cancer dans les différentes pièces qui vous ont été soumises, nous voyons dans une pièce de M. *Tavignot* un can-

cer ulcéré du cuir chevelu qui aurait pu être pris pour un fungus de la dure-mère. *M. A. Pasquier* vous a montré une tumeur encéphaloïde de l'occipital, qui avait déterminé une hémiplegie par suite de la compression du bulbe rachidien. Un cancer de la mâchoire inférieure dont l'ablation avait été pratiquée par *M. Denonvilliers*, était remarquable par son développement sur le périoste alvéolo-dentaire. Je vous ai présenté moi-même un cancer du sinus maxillaire recueilli chez une enfant de 2 ans et demi, et qu'il m'avait paru intéressant de rapprocher du corps fibreux trouvé dans ce même sinus par *M. Pigné*. En effet, dans un cas les os n'avaient subi qu'une distension forcée sans aucune altération de texture, tandis que dans celui qui m'est propre, la voûte palatine, les fosses nasales, la base du crâne étaient le siège d'une destruction considérable. Un ostéosarcome du tibia a été, de la part de *M. Robert*, l'objet d'une communication pleine d'intérêt, non seulement pour l'anatomie pathologique, mais aussi pour les idées pratiques qu'il a exposées devant vous. *M. Jousset* a cru trouver dans une tumeur de la région cervicale un exemple de dégénérescence cancéreuse du muscle sterno mastoïdien; ce fait trop contraire aux principes généraux de l'organisation a été nié par *M. Demeaux*; il faut dans tous les cas ne l'admettre qu'avec une grande réserve; car « les tissus vivants, « comme le disait récemment *M. Cruveilhier*, sont inaltérables en eux-mêmes; et les lésions morbides sont, en « quelque sorte, étrangères à la structure organique. » — Dans le tube digestif vous avez vu d'abord un rétrécissement de l'œsophage compliqué de la présence d'un corps étranger, observation très-curieuse dont les détails vous ont été donnés par *M. Gaubric*, et qui a rappelé à *M. Valleix* un cas de cancer du pylore dans lequel un corps étranger en se déplaçant avait rendu manifestes les signes d'une altération restée latente jusque-là. *M. Gelez* a présenté un cancer du cœcum dont le diagnostic et la marche ont of-

fert plusieurs enseignements utiles que l'on trouvera consignés dans nos bulletins. Une dégénérescence encéphaloïde du foie vous a été montrée par M. *Balocchi*. Le cancer de la vessie est une affection qui intéresse à un haut degré les chirurgiens, et M. *Pigné* vous en a fourni un exemple remarquable. Les organes génitaux sont bien souvent le siège de productions cancéreuses; vous en avez vu plusieurs exemples que vous devez à MM. *Denonvilliers*, *Fauraytier*, *Delpech*, *Lebert*, qui vous ont montré différents cancers du testicule; et à MM. *Serré*, *Lambron* et *Lebled* qui vous ont présenté des dégénérescences squirrheuses ou encéphaloïdes de l'utérus, de l'ovaire et du sein. — Je terminerai par un fait extrêmement rare, rapporté par M. *Polier*. C'est une dégénérescence cancéreuse d'un bubon syphilitique qui s'était étendu aux intestins et avait déterminé un anus contre nature. M. *Gosselin*, dans le rapport qu'il a lu sur cette observation, a fait ressortir ce qu'elle avait de curieux au point de vue du pronostic de la syphilis.

Quant aux variétés que le cancer peut présenter dans ses formes et sa texture intime, vous n'avez eu le plus souvent à observer que le squirrhe ou l'encéphaloïde. Devons-nous ajouter ces altérations, de nature incertaine, que vous ont soumises, dans votre dernière réunion, MM. *Gaubric* et *Oulmont*? N'y a-t-il pas quelque affinité entre le cancer et cet état du foie où l'on pouvait hésiter entre le squirrhe, la cirrhose, et une dégénérescence graisseuse? N'y a-t-il pas aussi quelque affinité entre le cancer colloïde et cette substance gélatiniforme qui avait envahi toute la cavité abdominale, qui pullulait à la surface du péritoine, et au sein de laquelle on trouvait des noyaux indurés et cartilagineux? N'y avait-il là qu'une de ces transformations que l'on observe dans les anciens épanchements? l'autorité de M. *Barth*, à laquelle M. *Becquerel* a opposé de puissants motifs, sera-t-elle assez grande pour vous le faire croire? Ou bien enfin faut-il se réfugier dans

cette proposition d'un esprit sage et prudent auquel vous reconnaîtrez M. *Chassaignac*, de créer de nouvelles familles de lésions pour celles qui, comme ces dernières, ne paraîtraient pas avoir un rang et un nom suffisamment déterminés?

5° Parmi les productions morbides hétérogènes, il en est qui se séparent de l'organisme. Les entozoaires, les concrétions, les calculs de toute espèce appartiennent évidemment à cette dernière classe. Quoiqu'en plus petit nombre, vous en avez cependant observé quelques exemples qui sont loin de manquer de valeur.

La Société a profité surtout des recherches originales que M. *Livois* a entreprises sur les échinocoques, à propos d'un kyste du foie présenté par M. *Caron*. Cette question d'histoire naturelle et de pathologie, sur laquelle les médecins sont en général beaucoup trop ignorants, a été reprise et sera sans doute résolue par notre collègue, qui fait revivre contre Laennec les opinions de Rudolphi sur la nature de ces produits que l'on désigne sous la dénomination vague d'hydatides. L'observation n'a pas été dirigée de ce côté dans un cas de kyste hydatique de l'ovaire, présenté, par M. *Ripault*, non plus que dans le fait rapporté par M. *Delpech*, et où une tumeur lombaire, prise pour un abcès par congestion, a donné issue à des acéphalocystes. Plusieurs cysticerques vous ont été montrés; l'un développé sur le corps calleux, chez un phthisique, dû à M. *Guignard*, et duquel il faut rapprocher sans doute cette petite poche, que M. *Milcent* a trouvée entre deux circonvolutions du cerveau chez un épileptique. Un autre enfin, dont le développement est extrêmement remarquable, a été présenté par M. *Fauraytier*. Une contusion paraît avoir déterminé la formation de cet entozoaire dans l'épaisseur de la joue. Il existe des faits analogues à celui-ci, comme le faisait remarquer M. *Brière de Boismont*; mais par quelle singulière disposition de l'organisme une cause acciden-

telle peut-elle donner naissance à des êtres nouveaux, vivant d'une vie propre au sein même de nos tissus? Cette génération acquiert quelquefois une très-grande extension, comme le montre cette multitude de strongles que l'on trouve dans les poumons des moutons, et que vous a fait voir M. Boudet.

Parmi les concrétions inorganiques qui peuvent se déposer dans quelques parties des corps, je dois vous rappeler ces molécules de charbon qui coloraient en noir les poumons d'un homme employé dans les machines à vapeur, forme de mélanose toute spéciale, sur laquelle M. Delâtre a appelé votre attention. Deux exemples seulement de calculs vésicaux vous ont été présentés par M. Ferra et par M. Ripault; les premiers déterminés par le renversement de la vessie, qui avait suivi l'utérus déplacé; les seconds remarquables par la manière dont ils étaient enclavés dans une cicatrice de la vessie, due à une opération de cystotomie déjà ancienne.

VI. J'ai épuisé, Messieurs, l'énumération des faits anatomo-pathologiques qui se recommandaient surtout à votre attention par la nature même de la lésion d'après laquelle j'ai essayé de les ranger. Je dois maintenant vous exposer ceux dans lesquels la considération de l'appareil ou de l'organe lésé est le point principal que ce compte-rendu doit mettre en saillie.

A. — Les seules *altérations particulières de la peau* qui vous aient été montrées sont un pityriasis général, remarquable par la coïncidence d'ulcérations intestinales, fait qui, établi par M. Rayet, a été rappelé à la Société par M. Livois; et une desquamation générale de l'épiderme, observée à la suite d'un eczéma impétigineux, par M. Des Etangs.

B. — Parmi les lésions du *système nerveux* qui n'ont pas trouvé place dans les cadres déjà remplis, je dois mentionner cette méningite présentée par M. Durand-Far-

del, et que l'on peut appeler latente, puisque l'on trouva une infiltration purulente des membranes chez un homme mort presque subitement sans avoir présenté les signes d'une altération déjà si avancée. Votre ancien vice-président, à qui des recherches si laborieusement soutenues et si habilement achevées donnent tant d'autorité dans de semblables questions, vous a montré dans ce fait curieux une particularité extrêmement intéressante et relative au siège du dépôt purulent. C'est, entre l'arachnoïde et la pie-mère que ce produit de l'inflammation était infiltré; et l'on a pu s'autoriser de ce fait pour admettre que la méninge séreuse pouvait sécréter également par ses deux faces. M. Tricou vous a donné les détails de l'observation tout-à-fait remarquable d'un ramollissement de la moelle, causé par l'action de la foudre.

C.—C'est surtout pour le *système vasculaire* qu'il importe d'étudier, pour ainsi dire en place, la plupart des lésions pathologiques. Vous avez eu sur quelques unes d'entre elles un assez grand nombre de communications.

1° Pour les maladies du cœur, outre plusieurs exemples de prétendues hypertrophies, sur lesquelles M. Barth a exercé une sage et juste critique, pensant que l'on admettait trop aisément leur existence; il vous a été présenté par M. Lacanal, une rupture du cœur dans laquelle le ramollissement de l'organe était bien évident, et a fourni le sujet de considérations utiles à votre rapporteur, M. Depuisaye. Des caillots formés dans le cœur, et auxquels M. Trifet croyait pouvoir attribuer la mort subite, vous ont valu quelques remarques pratiques du plus haut intérêt, de la part de M. Guérard. Mais le point de la pathologie du cœur le plus important, qu'une heureuse réunion de faits vous ait permis d'étudier et d'éclairer, c'est le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Trois pièces que M. Livois a su mettre à profit, une de M. Demour, une autre de M. Laroche, vous ont montré

que le plus souvent le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche donnait lieu à un bruit de souffle au premier temps; le second restant libre et pur. Ce fait établit donc, d'une part, ce qui est bien connu, la coexistence presque nécessaire d'une insuffisance et d'un rétrécissement; d'une autre part, l'action unique de l'insuffisance dans la production du bruit anormal. L'explication est d'ailleurs bien facile, si l'on considère que la contraction de l'oreillette, isochrone avec le deuxième temps, ne chasse pas le sang avec assez de force à travers l'orifice rétréci pour déterminer un bruit que l'énergique impulsion de la colonne sanguine, refoulée par le ventricule, produit au premier temps en raison de l'influence des valvules. Cependant il se peut que ce fait ne soit pas sans exception, et M. Contour semble en avoir trouvé une dans un cas malheureusement complexe, où le souffle se faisait entendre au deuxième bruit, mais où en même temps qu'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche il existait un rétrécissement et peut-être une insuffisance aortique. L'opinion de M. Contour avait cependant pour elle plusieurs circonstances qui nous portent à regarder ce fait comme une exception à la règle la plus commune. Il y avait bien aussi un bruit anormal au deuxième temps avec un rétrécissement auriculo-ventriculaire dans un des cas d'anomalies du cœur de M. Thore; mais ce bruit n'était pas constant et dépendait sans doute de quelque circonstance difficile à apprécier en raison de la disposition extraordinaire de l'organe. MM. Bailly et Deguise vous ont montré deux cas de péricardite recueillis chez des enfants, et qui n'étaient pas sans analogie; l'état des ganglions bronchiques surtout, et la forme des lésions du péricarde étaient presque semblables; seulement dans le second cas l'ouverture d'un ganglion suppuré dans le péricarde avait pu influencer sur le développement de la maladie, quoiqu'il soit permis de penser surtout en comparant les

deux faits, que cette communication n'était pas secondaire. Une endocardite et une endopéricardite rhumatismale aiguës, présentées par MM. *Bodinier* et *Fiaux*, seraient venues confirmer, s'il en était encore besoin aujourd'hui, cette coïncidence que l'on peut appeler, malgré quelques indications vagues dans le passé, quelques vaines et aveugles dénégations dans le présent, l'une des plus belles découvertes de la science moderne. Un abcès du médiastin, observé par M. *Cruveilhier*, lui a fourni une belle application des idées qu'il avait conçues sur la possibilité de mettre à profit l'état de l'aisselle pour le diagnostic des affections du médiastin, avec lequel le creux axillaire est en libre communication.

2° Les maladies des vaisseaux ont été, comme celles du cœur et de ses enveloppes, l'objet de plusieurs communications importantes. L'histoire de l'anévrysme de l'aorte, dont votre collection renferme de si nombreux exemples, sera éclairée cette année encore par les faits bien observés que vous ont soumis MM. *Depuisaye*, *Contouret* *Lebled*. Je n'entrerai pas dans des considérations que mes prédécesseurs ont développées déjà dans plus d'une circonstance pareille à celle qui vous rassemble et auxquelles j'ai ajouté déjà cette année quelques détails dans un rapport que j'ai eu l'honneur de vous lire. Je vous rappellerai seulement que deux des anévrysmes qui vous ont été montrés siégeaient à l'origine de l'aorte; et les deux autres sur l'aorte abdominale. La présence d'un kyste osseux très-considérable, qui, dans l'observation de M. *Lebled*, comprimait les deux branches terminales de l'aorte, a été signalée par M. *Chassaignac* dans son rapport comme n'étant peut-être pas étrangère à la production de la tumeur anévrysmale. — M. *Delpech* a présenté un anévrysme de l'artère cérébrale postérieure, au point d'anastomose de la communicante postérieure et du tronc basilaire. Cette lésion, extrêmement rare en raison même de la structure des artères du cerveau, et qui se

rencontrait chez une jeune fille, a fixé surtout votre attention à cause des troubles nerveux très-variés qu'elle déterminait, en comprimant la cinquième paire, le pédoncule cérébral, la protubérance et la troisième paire qui était même en partie détruite — Vous devez encore à MM. *Verjus* et *Dastros*, deux anévrysmes variqueux du pli du coude, dont l'intérêt a été assez explicitement confirmé par la discussion qu'ils ont provoquée au sein de la société. Vous attendez sur ce sujet un rapport que je ne veux pas devancer et où vous retrouverez sans doute élucidées les questions très-graves que ces deux faits ont soulevées. — Entre les plus remarquables de toutes les maladies des vaisseaux, je dois certainement ranger ces oblitérations des artères et des veines, reconnues depuis longtemps pour la cause de certaines gangrènes spontanées, semblables à celles qui vous ont été montrées par MM. *Livois* et *Tavignot*. Dans ces deux cas, dont le rapprochement est des plus instructifs, le cœur était malade; l'artère, primitivement affectée, était enflammée; on ne trouvait dans les veines que des caillots récents. Quant à la gangrène, humide dans le premier cas, elle était sèche dans le second et avait été précédée d'hémorrhagie et de purpura. Ces deux exemples ne sont pas les seuls qui montrent que la proposition de Godin était trop absolue, et que MM. *Bérard* et *Denonvilliers* ont eu raison de la modifier.

D. — Parmi les lésions de l'*appareil respiratoire*, il ne me reste plus à vous en rappeler qu'un très-petit nombre. Dans les fosses nasales, dont les altérations ont dû m'occuper d'une manière toute spéciale, j'ai tenu à vous montrer comme objet de comparaison les désordres quelquefois très-graves que peut déterminer l'affection scrofuleuse. Quant aux maladies du poumon, celles qui vous ont été présentées par MM. *Lhommeau*, de *Castelnau* et *Depaul*, offraient un intérêt nouveau à cause des idées particulières qu'elles étaient appelées à soutenir. Ainsi, M. *Lhommeau*

s'est efforcé de vous faire voir que, dans la pneumonie chez les enfants à la mamelle, toutes les cellules même dans les points complètement carnifiés, se laissaient pénétrer par l'air insufflé; il ne pénètre pas dans les cas très-rares où il y a hépatisation. *M. de Castelnau*, en vous présentant une dilatation des bronches, vous a fait remarquer que cette altération était consécutive à une pneumonie; rapport qu'il a lieu de croire sinon constant, du moins extrêmement commun. Enfin, *M. Depaul* vous signalait comme une nouvelle cause de mort, pour les femmes en travail, la rupture des vésicules pulmonaires, l'emphysème qui résulte d'efforts trop violents et trop prolongés.

E. Dans l'*appareil digestif*, outre des lésions très-variées que j'ai eu déjà l'occasion de vous rappeler, vous avez encore une altération de l'estomac, observée chez une femme enceinte, par *M. Costilhes*, et d'une nature assez obscure; des désordres très-graves et caractéristiques, déterminés dans l'œsophage, dans l'estomac et jusque dans l'intestin, par l'ingestion de l'acide nitrique. Vous vous souvenez de ce cas très-frappant qui a été mis sous nos yeux par *M. Depuisaye*, et dans lequel la coloration verdâtre de l'épithélium, le boursofflement des valvules et d'autres circonstances encore, méritent d'être soigneusement notés. — Les ulcérations intestinales, propres à la fièvre typhoïde, ont été trouvées par *M. Livois*, chez une femme de 56 ans, que son âge semblait préserver d'une maladie dont elle a offert absolument tous les symptômes. *M. Contour* vous a présenté une perforation intestinale survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde; et, comme on le voit trop souvent, dans le cas en apparence le plus léger. Deux exemples d'occlusion de l'intestin d'espèce tout à fait différente ont été montrés à la société. L'un appartenant à *M. Guignard*, consistait en un rétrécissement organique de l'intestin qui n'était formé ni par un squirrhé ni par une cicatrice, mais par une de ces indurations qui succèdent aux inflam-

mations chroniques. Dans le second, *M. Oulmont* vous a montré une sorte de volvulus siégeant à la partie inférieure du gros intestin et ayant déterminé une tympanite mortelle.

F. Il ne me reste plus à mentionner parmi les maladies de l'*appareil génito-urinaire* qu'une vessie, présentée par *M. Pigné*, offrant un volume énorme et divisée en quatre poches à parois hypertrophiées; un rétrécissement de l'urètre, produit par une blennorrhagie, et dont *M. Gelez* vous a fait voir la disposition compliquée. Cet état particulier de la muqueuse vaginale où *M. Deville* a vu, sans pouvoir faire partager son opinion à la plupart de vous, une forme nouvelle de vaginite; enfin une dilatation de la trompe dont les deux orifices étaient oblitérés, et que vous a montrée *M. Gaubric*.

En présence de cette riche et précieuse collection de faits, si riche que pas un recueil scientifique, pas une société, pas une académie n'en possède de semblable; si précieuse que les livres et les musées lui font chaque jour de nouveaux emprunts, la société anatomique peut cette année, comme les années précédentes, se rendre le témoignage qu'elle a bien mérité de la science.

ÉLOGE FUNÈBRE

DE

CHARLES ROGÉE,

Par M. MAX. DURAND-FARDEL.

—

MESSIEURS,

Chaque année accomplie, lorsque nous jetons les yeux autour de nous, nous trouvons quelques places vides, et nous cherchons en vain, tous des camarades, quelques-uns un ami. Puis, par un touchant usage, un adieu commun est adressé à ceux qui ne s'asseoiront plus parmi nous, et l'oubli, notre commune destinée, vient envelopper ces noms conviés pour la dernière fois à nos réunions, d'un voile que la mémoire du cœur saura seule pénétrer encore.

Je ne sais trop s'il faut plaindre ceux qui, pressés par une loi fatale, nous ont devancés de quelques instants sur la route de l'éternité. Quelque incertaine que soit cette destinée suprême, dont ils savent aujourd'hui le secret, qui croira qu'elle doive leur laisser regretter cette autre destinée, qui, pour être d'un jour, n'en est pas moins quelquefois si lourde à supporter. Mourir à l'âge des désirs et des rêves, des illusions et des espérances, partir avant l'heure du désenchantement et de la réalité, souvent du découragement, quelquefois du remords; est-ce vraiment une destinée si redoutable? Qu'ont-ils donc à nous envier, ceux que n'attendent pas toutes les épreuves auxquelles nous sommes réservés? Le passé n'est rien, le présent nous fuit sans cesse, l'avenir seul appartient à l'homme, et la couronne de cyprès est la seule qui soit sans mécompte.

Et cependant c'est toujours un triste spectacle, pour ceux qui restent, de voir s'affaïsser un corps plein de force et de santé naguère, de voir défaillir une intelligence hier

encore riche de fruits et de promesses, se briser enfin, sans retour, une existence que semblaient attendre à son automne, sinon les plus riches moissons, au moins une récolte heureuse..... Tel est celui que nous a donné Charles Rogée. Qui l'eût pensé, il y a deux ans encore? La plupart d'entre vous l'ont connu. Rien ne semblait annoncer qu'il dût nous quitter sitôt.

Laissez-moi vous redire en peu de mots, à vous, ses quelques amis, à vous ses camarades, car nul autre demain ne relira ces lignes, vous redire son caractère, son esprit, d'une espèce assez peu commune, pour que nous aimions à en retracer encore une dernière image.

Né d'une famille modeste de Compiègne, Charles Rogée avait conservé dans les dehors une simplicité de manières, une franchise d'allures, qui inspirait pour lui, au premier abord, une confiance facile, et chez ceux qui le connaissaient mieux, une sorte de vénération. Vous vous rappelez sa physionomie ouverte, où respirait cette conscience intime du bien, qui laisse ignorer le mal même chez les autres; cette apparence de santé, qui voilait peut-être déjà les premières atteintes du mal qui devait sitôt l'enlever. Rogée n'était plus très-jeune à l'époque où son arrivée à l'internat le fit votre camarade. Pendant ses premières années d'études, je suis, je crois, presque le seul avec lequel il eût commencé une liaison un peu intime.

Ce n'était peut-être un esprit ni facile ni brillant; il n'était point appelé à jeter autour de lui de vives lumières; l'imagination n'était pas son fort; il lui fallait du temps pour concevoir; il créait lentement; mais il possédait ce qui vaut mieux que tous les trésors de l'imagination, que tous les brillants de l'esprit, que toute l'ardeur de la plus vive compréhension; il avait le don de la méditation, la sûreté du jugement, la patience du travail, et ce qui est si précieux avec tout cela, la rectitude du cœur. Homme solide autant que médecin consciencieux, ce qu'il savait, il

le savait bien, comme ceux qu'il aimait, il les aimait avec vérité; s'il avait quelque peine à saisir un raisonnement, dès l'instant qu'il le recevait dans son esprit, il le possédait tout entier, de même que s'il prenait lentement son parti, dans les questions de sentiment ou de passion, il se décidait toujours pour celui que sa conscience savait lui révéler le plus droit et le plus juste. C'était une de ces vues sûres et robustes qui ne reconnaissent pas de loin, mais qui distinguent, dans le champ de leur portée, les plus délicats linéaments, sans se laisser facilement troubler par l'éclat de vives lumières; ou par les nuages de poussières importunes.

Il avait conservé avec cela une grande naïveté, une ignorance, remarquable à son âge, de la vie réelle, cet amour, cette estime de l'humanité qu'attendent plus tard de si rudes épreuves, une confiance enfantine, que nous exploitions quelquefois malicieusement, et des étonnements dont la simplicité nous révélait, ainsi que le prompt oubli de ses rancunes, l'état primitif d'un cœur, bon par sa nature, et vierge encore d'impressions mauvaises.

Hélas que tout cela est loin de nous ! Qu'il faut peu de temps pour qu'une existence arrive à sa fin ! Nous nous émerveillons chaque année de voir sitôt pâlir le soleil de l'automne. Nous nous étonnerons un jour d'avoir déjà rempli notre carrière. Il ne devait point accomplir la sienne.

Un jour, il nous revint tout amaigri, pâle et sans force; tout son être était changé : la respiration pénible, fréquente; les digestions presque impossibles, le ventre ballonné, une teinte jaune répandue sur tout le corps. Son esprit inquiet, plein de sombres pressentiments, excité par une ardeur fiévreuse et mensongère, tout occupé de susceptibilités puériles. Sa physionomie était morte au sourire, son esprit au travail, son cœur aux expansions de l'amitié. Il nous dit un long et triste adieu, tout éclairé

déjà de cette lueur qui montre la tombe à un mourant , et à laquelle se mêlent par instants les rayons expirants de la lampe de l'espérance.

Les premiers indices de son mal s'étaient montrés au commencement de l'année 1840, lorsqu'il se préparait au concours pour la place d'aide d'anatomie. Les fatigants et nuisibles travaux auxquels l'astreignit ce concours , hâtèrent au moins le développement du mal qui germait en lui. Combien j'en ai vu mourir, déjà, à peine entrant dans la vie , victimes qui succombent à la porte du temple : et c'est toujours la phthisie pulmonaire ou la fièvre typhoïde, dont la funeste influence rayonne sans cesse autour de vous, semblant puiser, dans les foyers au milieu desquels nous vivons , les poisons auxquels n'ont pu résister tant de nos camarades. Tous sont morts honorablement, comme dans un combat , et nous, qui survivons , nous avons devant nous des exemples qui nous apprennent que de semblables épreuves nous attendent encore à chaque pas dans notre carrière. Et qui connaît, dans le monde, ces dangers obscurs et sans gloire , ces victimes sans couronnes ; qui honore ces dévouements sans récompenses, ces peines sans rémunération ; qui console ces vies usées dans l'oubli de soi-même ? Nos premiers pas sont une école. Vous savez le souci qu'ont de vous, vous savez l'intérêt que vous portent ceux dont la morgue administrative se croit quitte envers vous, pour le misérable salaire qu'elle vous octroie : — ne vous plaignez pas. Vous apprenez l'avenir. Vous vous préparez à cet isolement du médecin, homme de cœur dans le monde , soumis au doute , aux récriminations injustes, aux spéculations journalières, payé, par de l'argent peut-être , par de la reconnaissance, — heureux qui peut dire une fois dans sa vie :

Je ne sais si ce fut à ses travaux, à ses dissections prolongées, que Rogée dut sa fin rapide. Il tomba malade pendant des vacances qu'il était allé prendre dans sa famille,

pour se reposer des fatigues du concours. Les premiers accidents se montrèrent du côté des voies digestives; il se trompa sur leur nature. Il se traita lui-même, et se traita mal, comme il arrive toujours aux médecins; au bout de quelques mois, il revint à Paris dans l'état que je vous ai dit; le foie était considérablement développé, mais c'était le foie gras des phthisiques; bien qu'il souffrît moins du côté de la poitrine que de l'abdomen, la tuberculisation avait fait de grands progrès. Il eut le courage de passer ses derniers examens, sa thèse, puis il s'en alla mourir auprès de ses parents.

Mais il n'est pas mort tout entier: il a laissé un héritage honorable, sa courte vie aura été plus utile que bien des existences que Dieu laisse s'accomplir jusqu'au bout.

L'esprit sévère, exact de Rogée, devait aimer la certitude des études anatomiques, la précision apparente de la pratique de la chirurgie; aussi avait-il depuis longtemps dirigé ses travaux de ce côté. Il fût arrivé au professorat. C'est aussi à un travail d'anatomie pathologique qu'il devait d'être déjà connu de médecins instruits, lorsqu'il est mort; je veux parler de ses recherches sur la *curabilité de la phthisie pulmonaire*.

Rogée était interne à la Salpêtrière en 1838. Il avait été frappé, dans les nombreuses autopsies de vieillards qui se font dans cet hospice, du grand nombre d'altérations que présentent les sommets des poumons, vestiges évidents de lésions anciennes, guéries ou transformées. Leur siège, leur aspect, éveillait naturellement dans l'esprit l'idée de tubercules pulmonaires guéris. Guidé par les indications qu'avaient fournies Laennec et le professeur Andral, encouragé par son excellent maître, le docteur Prus, il eut la pensée de faire une étude spéciale de ces lésions, dans le but d'obtenir quelques données précises touchant la fréquence et le mode de guérison de la phthisie pulmonaire. Les résultats de cette étude ont été, sinon inattendus, au

moins plus intéressants encore qu'on ne pouvait s'y attendre.

Son attention s'est portée d'abord sur ces petits corps blanchâtres, crayeux, formés de phosphate de chaux et de carbonate calcaire (corps crétacés et concrétions calcaires), qu'il rencontrait si souvent dans les poumons. Le siège de ces concrétions, au sommet de ces organes et dans les ganglions bronchiques, leur voisinage quelquefois de matière tuberculeuse, et surtout leur présence au sein de cette dernière, ou encore dans les ganglions lymphatiques du reste du corps, la possibilité que l'on a de suivre la transformation de la matière tuberculeuse en une semblable matière, les renseignements fournis sur quelques individus, tout annonce que ces concrétions ne sont autre chose que des tubercules dégénérés, guéris. Sur cent vieillards, examinés après leur mort, cinquante portaient de semblables vestiges, cinquante avaient donc été phthisiques et avaient guéri. Cette partie du travail de Rogée est la plus complète et la plus intéressante. Il a étudié ensuite les *cicatrices* du poumon, qu'il divise en quatre espèces : 1° cicatrices avec persistance de la cavité ; 2° cicatrices avec amas de matière crétacée ou calcaire qui remplit la cavité ; 3° cicatrices fibro-cartilagineuses ; 4° cicatrices celluleuses. Des observations particulières montrent avec évidence le passage des cavernes tuberculeuses à l'état de cicatrices, comme auparavant on avait vu les tubercules isolés se transformer en concrétions.

Je ne saurais, Messieurs, m'étendre ici davantage sur ce travail, qui a déjà pris dans la science un rang honorable, et promet au nom de Rogée d'échapper à l'oubli. Ses amis s'en réjouissent : ils pourront ainsi le rencontrer encore dans le cours de leur carrière, et, lorsque le temps aura effacé l'amertume de leurs regret, ils n'y trouveront plus que ce charme insaisissable qui s'attache toujours aux souvenirs mélancoliques.

ÉLOGE FUNÈBRE .

DE

RENAULDIN,

Par M. ERM. BOUDET.

MESSIEURS,

Ce n'est pas sans une émotion profonde que je viens m'acquitter aujourd'hui de la pieuse mission que vous m'avez confiée ; en effet, puis-je vous parler du collègue dont nous déplorons la perte récente, sans penser à l'infortuné Rogée, sans me souvenir que la même année, à quelques mois de distance, m'a enlevé deux amis !

A ce sentiment personnel se joint une réflexion pénible que vous partagerez sans doute. Ces deux jeunes gens si bien nés pour une noble carrière qu'ils n'auraient, ni l'un ni l'autre, parcourue sans gloire, ils n'ont pas assez vécu pour que leur nom soit arraché à l'oubli ; leur image, encore toute vivante aujourd'hui dans vos souvenirs, s'effacera bientôt ; leur mémoire s'évanouira comme un rêve, et de leur passage parmi nous il ne restera plus de trace que dans les cœurs où leur vie si courte aura été gravée par l'amitié.

Malgré ce que cet oubli prochain présente de triste et d'affligeant, ne les plaignons pas trop, Messieurs ; s'il sont morts jeunes, ils sont morts purs ; ils n'ont vu de notre profession que le côté sublime, et leur âme ne s'est point souillée au contact de l'indignité des uns et de l'ingratitude des autres. Ils ont quitté cette terre pleins d'illusions et d'espérances, animés d'une foi vive dans la noblesse d'un art qu'ils regardaient comme le premier de tous.

Et cependant, Messieurs, quel brillant avenir s'ouvrait devant Renauldin, quand une maladie fatale vint miner sa vigoureuse constitution et arrêter ses premiers travaux.

Fils d'un homme éminent par sa haute position scienti-

fique, non moins que par sa vaste expérience et le dévouement d'une vie entière, notre collègue avait dès l'enfance appris à confondre avec l'amour paternel l'amour de la médecine, et la réflexion n'avait cessé plus tard de fortifier cette inclination naissante.

Aussi, après avoir terminé de solides études classiques, s'élança-t-il avec ardeur dans cette nouvelle carrière que la mort ne lui laissera pas achever.

Bientôt il concourt pour les hôpitaux ; mais à peine en possession du titre d'externe, il brûle de se distinguer parmi ses émules, et compose un mémoire remarquable qui lui vaut le double honneur d'être couronné par l'administration des hôpitaux, et de voir son premier travail imprimé dans l'ouvrage d'un célèbre professeur de clinique, dont il était l'élève assidu.

Plus tard, la carrière de l'internat s'offre à lui ; nouveau concours, nouveau succès ! Combien il a su mettre à profit dans les hôpitaux cette trop courte période de la vie, où l'intelligence encore exempte d'entraves et de préjugés, mais dominée tout entière par l'amour du beau et du vrai, se livre avec bonheur à la contemplation de la nature ! Nous l'avons vu pendant quatre années, étudier avec une sagesse digne d'un âge plus mûr, l'art difficile de la médecine. Imbu dès l'enfance des préceptes de l'école de Broussais, dirigé ensuite par son plus brillant élève, digne maître à son tour, jamais il n'abdiqua sa raison, et se défiant des impressions séduisantes au milieu desquelles il avait été bercé, il se livra sans préoccupation à la recherche de la vérité.

Des études poursuivies longtemps dans cet esprit ne devaient pas rester stériles ; en entendant notre collègue interroger un malade avec cette mesure, cette méthode et cet aplomb qui n'appartiennent, en général, qu'à un âge mûr, vous auriez dit un praticien consommé.

Sa voix grave et sérieuse, ses traits accentués et ex-

pressifs, lui donnaient un sorte d'autorité bien précieuse pour celui qui tient dans ses mains la santé de ses semblables.

Non seulement il soignait avec une intelligence précoce les malades auxquels la charité publique accorde un asile, mais encore profitant des relations de son père, il avait su conquérir la confiance de plusieurs familles dont il était devenu le médecin et l'ami.

C'est au milieu de ces jouissances si vives que procure le sentiment de la confiance qu'on inspire à des êtres souffrants, et le bonheur de les soulager; c'est au moment où, venant de terminer son internat, il allait soutenir sa thèse et remplir les fonctions de chef de clinique; c'est au moment, enfin, où il allait passer de la vie d'épreuves et d'essais à la vie active et utile, que l'avenir cessa d'exister pour lui.

Avant de vous rappeler cet événement douloureux, permettez-moi, Messieurs, reportant vos regards en arrière, de revenir ici sur des travaux qui, s'ils ne doivent pas faire survivre la mémoire de notre collègue à votre pieux souvenir, ont au moins donné la mesure de ce que la science aurait été en droit d'attendre de lui plus tard.

Encouragé par les conseils bienveillants du professeur Bouillaud, dont l'attention était surtout dirigée à cette époque vers les maladies de l'appareil circulatoire, il s'occupa de trouver le chiffre de la densité du sang, qui coïncide, chez les malades traités par les émissions sanguines, avec l'apparition d'un bruit de souffle dans les carotides.

Ce travail de physique appliquée à la science de l'homme malade, est trop digne d'intérêt et trop peu connu de vous, pour que je résiste au désir de vous en donner une idée.

On peut conclure des expériences nombreuses instituées par Renaudin :

Que chez des adultes de sexe masculin, de constitutions diverses, atteints de maladies variables, mais nullement

anémiques , un bruit de souffle se fait constamment entendre dans les grosses artères du cou , après un certain nombre d'émissions sanguines générales :

Que dans tous les cas , le sang des premières saignées offre à l'aréomètre une densité plus grande que celui qui provient des émissions sanguines subséquentes ;

Que le chiffre représentant la densité du sang , dont la présence au sein des vaisseaux coïncide avec un bruit anormal, peut osciller entre 4° 1¼ et 6° 1¼ de l'aréomètre de Baumé ;

Que le phénomène morbide disparaît à mesure qu'on alimente les malades , et qu'il suffit même d'une quantité minime de nourriture pour le faire cesser.

Ce travail fait avec un soin scrupuleux n'est pas stérile en résultats pratiques. En effet, si dans l'anémie produite artificiellement, le bruit de souffle carotidien coïncide avec une diminution dans la densité du sang, si cette diminution de densité disparaît promptement sous l'influence d'une alimentation réparatrice, je le demande, n'est-ce pas un traitement analogue que l'induction la plus légitime conseille de diriger contre l'anémie spontanée , caractérisée par le même symptôme essentiel ? Et n'est-il pas rationnel, dès-lors, de chercher à rétablir l'équilibre normal des éléments qui constituent le fluide sanguin, en introduisant dans l'économie, d'une part les aliments et les substances qui entrent dans sa composition, d'autre part les toniques qui, comme le quinquina et les amers, favorisent l'assimilation et l'absorption des matériaux réparateurs.

Messieurs, les recherches dont je viens de vous donner une idée ne sont pas seulement intéressantes pour la thérapeutique ; ces essais timides de physique appliquée ont, pour leur faible part, ouvert la voie à des travaux plus importants, vers lesquels se dirigent les esprits les plus ardents et les plus lumineux de l'époque actuelle. Vous savez, mieux que moi, Messieurs, ce qui est sorti d'im-

prévu de ces tentatives récentes. Croyez-vous que ce soit un mince résultat que d'avoir démontré que la plupart des bruits morbides qui se produisent dans les vaisseaux sanguins, et que l'illustre Laennec attribuait à une lésion du principe vital, sont liés à des modifications physiques, soit des vaisseaux, soit du liquide qu'ils renferment ? Croyez-vous que la physiologie n'a pas eu à se glorifier d'un grand progrès, quand on a fait rentrer sous l'empire des lois physiques le cours du sang dans ses canaux.

Enfin, la découverte récente de quelques-unes des altérations nombreuses que peuvent éprouver les liquides de l'économie, n'a-t-elle pas singulièrement rétréci le champ, si démesurément étendu autrefois, des altérations vitales ? En physiologie comme en pathologie, les forces vitales ne doivent intervenir que comme une dernière ressource laissée à notre ignorance. Elles ne sont que de vagues hypothèses qui servent de manteau à notre faiblesse et de masque à la vérité. Plus les sciences exactes viendront, avec leurs procédés si délicats et leurs démonstrations si rigoureuses, détrôner une puissance aveugle et inconnue, plus, j'en suis convaincu, la médecine exacte fera de progrès ; et sous ce rapport, le passé nous répond de l'avenir.

Mais il est temps de reprendre l'examen des modestes travaux de notre collègue.

Nommé, en 1841, membre de cette société, il y présenta plusieurs observations curieuses, entre autres, celle qui motiva son admission, et qui consistait dans une énorme tumeur anévrysmale de l'aorte pectorale, tumeur qui avait détruit plusieurs vertèbres, et qui, s'avancant jusqu'au cordon rachidien, avait déterminé, en le comprimant, la paralysie des membres inférieurs.

Enfin, lorsqu'il s'agit de prendre le grade de docteur, il traita avec sa prudence ordinaire une question d'un haut intérêt que le sort lui avait désignée, il s'agissait de la fièvre bilieuse.

Laissant de côté les points encore insolubles de son sujet, et ne voulant pas s'égarer à la suite des anciens, qui regardaient comme une chose démontrée le mélange dans les vaisseaux du sang et de bile, il se renferma prudemment dans la limite marquée par les faits, et n'hésita pas à admettre qu'il existe réellement des fièvres bilieuses, c'est-à-dire des fièvres continues, avec teinte jaunâtre de la peau, vomissement et déjections bilieuses, maladies qui guérissent aisément, en général, par les évacuants.

C'est en rédigeant cet essai, qui ne fut pas même imprimé, qu'il éprouva une seconde et dernière atteinte du mal qui le minait sourdement.

L'année précédente, en 1841, au mois de mai, alors qu'il se livrait tout entier à l'accomplissement de ses devoirs d'interne sous un bienveillant patronage qu'il était digne d'apprécier, une bronchite aiguë intense était venue le forcer au repos. La terminaison de cette phlegmasie ne fut pas franche, une altération remarquable des traits et un amaigrissement de mauvais augure se manifestèrent ; un séjour prolongé à la campagne amena une sorte de convalescence ; au mois d'août il paraissait rétabli, mais cédant à des conseils prudents, il alla passer l'hiver dans un climat plus doux. Là, sous le beau ciel de la Provence, aux rayons d'un soleil méridional, il sembla renaître à la santé. Sous l'influence d'une vie calme et paisible, et d'un exercice bienfaisant, ses forces se ranimèrent, sa maigreur se dissipa et l'espoir lui revint au cœur. Rassuré complètement, il retourna l'année suivante à Paris où il passa la belle saison dans une sécurité trompeuse, car le mal n'était qu'assoupi. Bientôt tous les accidents reparaissent, les traits s'altèrent, la fièvre s'allume, la maigreur se prononce ; des secours prompts et énergiques sont aussitôt dirigés contre le mal, qui ne semble céder d'abord que pour se montrer ensuite plus violent que jamais ; et après trois grands mois d'une lutte acharnée, notre infortuné collègue succombe

dans le délire, comme si la nature, par une répugnance attentive, avait voulu lui épargner la conscience de ses derniers moments.

Messieurs, je ne puis résister au désir de vous donner une idée, bien faible il est vrai, de la patience angélique avec laquelle cette pauvre victime a, pendant de si longs jours, supporté de cruelles angoisses. Par sa résignation admirable il soutenait notre courage prêt à nous abandonner. Même au milieu des souffrances les plus vives, au lieu de se livrer à ces plaintes qui échappent à la faiblesse de notre nature, il trouvait toujours quelques mots affectueux et reconnaissants à nous adresser.

C'est ainsi qu'il donnait à ses collègues un dernier exemple, et qu'il leur montrait la noble résignation que doit offrir un médecin mourant.

Aussi quels regrets sa perte n'a-t-elle pas causés à Hyères, où, entouré de l'estime générale, il s'était fait de nombreux amis; regrets qui n'étaient que l'écho lointain de la vive affliction qui éclata parmi nous.

Mais ici, Messieurs, dois-je regarder ma mission comme achevée, et n'est-il pas une plus noble manière d'honorer la mémoire de ceux que nous avons perdus, qu'en retraçant dans un but louable, mais stérile, leurs titres à l'estime de leurs collègues?

Qui d'entre vous ne se sent profondément ému au souvenir de tant d'internes frappés depuis quelques années, dans la vigueur de la jeunesse, au milieu des espérances qu'avaient fait naître leurs travaux naissants?

Landau, Piégu, Dariste, Godin, Andral, Pasquier, Auguste Baron, Bascle, Rogée, Renauldin, ont péri depuis six ans, victimes d'une même et fatale maladie!

Animés d'une noble ambition, ils ont affronté sans mesure dans les hôpitaux et les amphithéâtres des périls sans cesse renouvelés et leur organisme moins fort que leur courage a fini par succomber.

En effet, Messieurs, vous savez tous, par expérience, à quel prix s'achète trop souvent l'instruction dans nos hôpitaux ; quelle vigueur est nécessaire pour supporter au sein des miasmes funestes qui nous entourent, en dépit des mauvaises conditions hygiéniques qui nous affaiblissent, des fatigues morales et physiques faites pour épuiser les forces de l'âge mûr.

L'administration des hôpitaux ne devrait-elle pas s'occuper avec plus de sollicitude du bien-être matériel et de la conservation de ces jeunes gens laborieux, qui affrontent à chaque instant la contagion et les épidémies, prodiguent nuit et jour des soins éclairés à ses malades, et parmi lesquels elle sera heureuse plus tard de recruter pour ses pauvres ses plus habiles médecins?

C'est en améliorant la position des internes qu'elle pourrait peut-être, pour sa part, diminuer les pertes que nous déplorons.

Mais l'administration n'aurait pas seule des devoirs à remplir envers nous.

Nos maîtres eux-mêmes qui doivent exercer sur leurs élèves une autorité salubre, n'en feraient-ils pas un noble usage, s'ils détournaient par leurs conseils d'une route pleine de dangers, de jeunes hommes trop faibles pour les braver impunément?

L'infortuné Godin n'aurait peut-être pas succombé si, avant de briguer la place d'aide d'anatomie, si, avant de s'engager dans une lutte dont il devait sortir vainqueur, mais pour jouir à peine de son triomphe, un homme grave et bienveillant, un de ses maîtres, l'avait soustrait par ses avis paternels à des fatigues que la faiblesse de sa constitution ne lui permettait pas d'affronter.

N'en aurait-il pas été de même d'Andral, de Rogée, chez lesquels le germe du mal qui les a fait périr s'était développé au sein des amphithéâtres.

Messieurs, pardonnez-moi cette longue digression, par-

donnez-la moi en faveur du sentiment qui l'a dictée, et puissent nos successeurs dans l'internat y voir une preuve de l'intérêt fraternel que nous leur portons!

D'ailleurs, j'en ai la conviction, celui dont je vous ai retracé le souvenir, et qui se distinguait surtout par la bonté de son cœur et son dévouement à ses amis, approuverait, s'il pouvait les entendre, la pensée qui m'a inspiré ces paroles. C'est cette idée consolante qui m'a encouragé, c'est elle qui me donnera, j'espère, quelques droits à votre indulgence.

ÉLOGE FUNÈBRE

DE

CÉLESTIN-HENRI-HONORÉ-VICTOR BELIN,

Par M. JAMAIN.

MESSIEURS,

La Société anatomique a consacré chaque année une de ses séances à réunir tous ses membres, et c'est une heureuse institution à laquelle les anciens et les nouveaux membres trouvent également des avantages. Les anciens, éloignés des travaux habituels de la Société par les soins de leur clientèle, sont heureux de fraterniser avec de jeunes collègues; les nouveaux sont heureux et fiers de se trouver à côté de maîtres qu'ils aiment, qu'ils honorent, et dont ils s'efforcent de suivre les traces. Cette réunion solennelle est donc pour tous une fête à laquelle nous venons prendre part; et, lorsque nous nous quittons, nous nous donnons rendez-vous pour l'année suivante. Trop confiants dans notre jeunesse et dans nos propres forces, chassant loin de nous l'idée de la mort, nous nous promettons de n'y pas manquer; mais ces espérances si légitimes ne sont pas toutes réalisées, chaque année la mort laisse parmi nous des traces de son passage, chaque année un

ou plusieurs de nos collègues manquent à l'appel. Mais la Société anatomique a voulu qu'aucun de ses membres ne fût absent, et luttant en quelque sorte avec la mort, elle a voulu que le souvenir de ceux qui avaient succombé fut au moins vivant au milieu d'elle. Chaque année une voix amie se fait entendre et nous rappelle les collègues que nous avons perdus. C'est ainsi, Messieurs, que je viens m'acquitter d'un pieux devoir, en vous entretenant d'un excellent collègue, d'un excellent ami, Belin.

Célestin-Henri-Honoré-Victor Belin naquit à Vervins (Aisne), le 27 mars 1816. Il commença ses études dans sa ville natale, bientôt vint à Paris et étudia au collège Rollin. Il occupait le premier rang en province, il voulut le conserver à Paris ; aussi se livra-t-il avec ardeur à l'étude des sciences, et sa noble ambition ne tarda pas à être récompensée. En 1832 il fut couronné au concours général, il avait remporté le prix unique de chimie ; ses succès ne l'éblouirent pas, car les années suivantes il se distingua encore par des succès en cosmographie et en physique. Tant d'intelligence, tant de travail, le firent bientôt remarquer parmi ses condisciples, car c'est notre ami que M. Ravaisson avait choisi pour son confident, lorsque si jeune encore il se livrait en secret à ce beau travail qui lui valut le grand prix de philosophie à l'Institut de France.

En sortant du collège, il étudia la médecine. Heureux de ses succès, mais non pas aveuglé, il se prépara à une lutte nouvelle, il étudia l'anatomie avec ardeur, il disséqua sous la direction de M. Denonvilliers, et c'est en suivant les leçons et les conseils d'un aussi habile maître qu'il ne tarda pas à surpasser ses condisciples. Nommé externe à la fin de l'année 1836, il voulut devenir interne, et c'est à la fin de l'année 1839 qu'il vit ses efforts couronnés de succès. Heureuse année 1840, que nous passâmes ensemble à l'hôpital Saint-Louis ! c'est là que je l'aimai, c'est là que j'ai pu connaître toutes les excellentes

qualités qui l'ont fait chérir de ceux qui l'ont connu. Vers le mois de juin, il perdit sa gaité, toussa un peu, cracha du sang; nous craignions pour lui, ces symptômes disparurent après un voyage de quelques mois dans son pays natal. Mais à son retour ils cédèrent la place à l'affreuse maladie qui nous l'a ravi. Des abcès nombreux se développèrent autour des articulations; ils donnaient issue à d'énormes quantités de pus, guérissaient et étaient incessamment remplacés par d'autres, plus vastes encore. Bientôt ses forces l'abandonnèrent, il fut obligé de garder le lit, il resta trois mois entiers dans l'impossibilité de se lever, réduit à l'état de marasme le plus affreux. Il succomba le 20 juin 1842. Il avait vécu 26 ans.

Ainsi finit notre pauvre ami, entouré des soins les plus affectueux de sa famille, et de M. Nélaton, qui ne cessa de lui prodiguer des consolations, de lui donner des espérances qu'il n'avait pas lui-même, car rien n'avait pu arrêter la marche de cette cruelle maladie. Les consolations qu'on lui prodiguait lui donnaient parfois un peu d'espoir; jamais, pendant sa longue et douloureuse maladie, il n'a cessé d'étudier; il mourut entouré de tous ses livres, qu'il avait fait apporter l'un après l'autre autour de lui, et on n'avait pu les retirer, car le moindre mouvement lui causait des douleurs atroces. D'autrefois il se laissait complètement abattre, il voyait alors le malade atteint de la morve, qu'il avait soigné à l'hôpital Saint-Louis, il voyait les nombreux abcès de cet homme, qu'il comparait aux siens, il demandait à M. Nélaton s'il connaissait des cas de morve transmise de l'homme à l'homme. Quoiqu'on pût lui dire, il se croyait atteint de cette horrible maladie. Hélas! il avait peut-être raison.

Belin est mort trop jeune pour avoir pu attacher à son nom un souvenir durable; mais il a vécu assez longtemps pour que sa mémoire soit honorée et chérie de tous ceux qui l'ont connu. Bon, humain, prodiguant aux malheu-

reux malades les secours de son savoir, il les aidait encore fort souvent de sa bourse. D'une modestie excessive, ce n'était pas de ces hommes qui dans les discussions aiment à parler de tout et toujours; loin de là, il parlait rarement, même sur ce qu'il savait parfaitement, et il écoutait encore alors que nul plus que lui n'avait le droit de parler. Mais si sa parole était rare, il n'en était que plus écouté : on savait que son opinion n'était jamais hasardée, qu'elle était le fruit de recherches consciencieuses et poursuivies avec intelligence.

Tel fut notre ami, savant autant que modeste; il mourut bien jeune encore, victime de son amour pour la science, et de son dévouement pour les malades.

ÉLOGE FUNÈBRE

DE

JULES-MARIE-VICTOR BOURGOING,

Par M. GUIGNARD.

Il n'y a pas encore une année, la Société anatomique faisait choix d'un membre dont la santé, l'instruction, le zèle, lui promettaient une collaboration longue, intelligente, et active. Peu de jours après, notre nouveau collègue était pris d'une fièvre typhoïde à laquelle il succomba bientôt, sans avoir pu paraître à une de vos séances. La maladie marcha si vite, que la première nouvelle qui parvint à la société et à ses amis, fut celle de sa mort. Les internes de l'hôpital Beaujon ont bien fait paraître alors quelle estime ils avaient conçue pour lui. Ils se sont associés entièrement au chagrin et aux fatigues d'une mère accourue de loin pour assister son fils à ses derniers moments. Votre Société les en remercie. Ils ont dignement compris les sentiments d'étroite confraternité, l'esprit de

famille, je devrais dire, qui doit exister entre des hommes partis d'un même point, tendant vers un même but, ayant à lutter contre les mêmes obstacles. Ils sauront aussi qu'un père et une mère cruellement frappés ne prononcent leurs noms qu'avec attendrissement, et que le souvenir de la dernière maladie d'un fils bien aimé est inséparable dans leurs cœurs de celui des soins affectueux qu'il a reçus.

Jules-Marie-Victor Bourgoing, naquit à Laval (Mayenne), le 12 février 1818. Il étudia au collège royal de Tours, et s'y fit constamment remarquer par une application soutenue, une conduite digne d'éloges, un caractère doux et une volonté ferme. Je ne dois pas oublier de le dire, il remporta les premiers prix dans toutes ses classes, les prix d'excellence, les prix d'honneur deux années de suite, en rhétorique et en philosophie.

Ses nombreux succès non seulement il les avait mérités, mais il eut de plus la sagesse et le mérite rare, à son âge, de n'en laisser paraître aucun orgueil et de n'en pas concevoir une plus grande estime pour ses talents. Ses premières récompenses, dont on est toujours heureux, il n'en parlait jamais le premier. Le bonheur qu'il en concevait se rapportait tout à la satisfaction qu'elles causaient à sa famille. Il avait l'âme trop généreuse pour ressentir autre chose que la joie de ses parents, et le jugement trop droit pour ne pas comprendre qu'une distinction publique n'augmente jamais la valeur réelle de celui qui la reçoit et n'est au contraire qu'un moyen d'émulation, un encouragement à faire mieux encore.

A l'étude des lettres et des sciences, notre collègue unissait un goût prononcé pour les beaux arts. Il fit de rapides progrès dans l'étude du dessin, et des têtes gravées en relief sur la pierre témoignent de ses dispositions remarquables pour la sculpture.

A son arrivée à Paris, Bourgoing fut immédiatement reçu bachelier-ès-sciences, et après deux ans du travail le

plus opiniâtre, au commencement de sa troisième année de médecine, il fut nommé interne. Ce succès mérité ne lui inspira pas une vaine présomption. Il était de ceux qui se préoccupent peu de ce qu'ils savent, et n'ont devant les yeux que le spectacle immense de ce qui leur reste encore à étudier.

Mais tandis que cette contemplation est un sujet d'effroi pour quelques-uns, elle était pour Bourgoing un aiguillon nouveau qui l'excitait à l'étude. Il mit à profit la première année de son internat qu'il passa à la Salpêtrière. — Les collègues avec lesquels il se trouva ne tardèrent pas à reconnaître la variété et l'étendue de ses connaissances, la rectitude de son jugement, une mémoire vaste et ornée, et mieux que tout cela, un caractère extrêmement droit, une âme noble et élevée. — Lorsque, l'année suivante, il fallut se séparer, ils avaient accordé à Bourgoing une large place dans leur estime, dans leur amitié. Une défiance exagérée de ses forces, une modestie extrême, qui le rendait injuste pour lui seul, c'était l'unique défaut qu'ils reconnurent en lui.

Au commencement de 1842, notre collègue passa à Beaujon ; là, malgré sa timidité extrême, il se tenait prêt pour une épreuve nouvelle. Le concours de l'école pratique s'ouvrait quelques mois plus tard. Bourgoings'y préparait dès longtemps ; mais ne voulant pas négliger l'étude des malades, il redoubla d'énergie, fut sans pitié pour lui-même, et prit sur son sommeil le temps dont il avait besoin. La tâche qu'il avait entreprise était au-dessus de ses forces. De si grandes fatigues, et des fatigues sans repos, le séjour continuel dans une chambre située au milieu d'un hôpital, les inquiétudes d'un concours, tout se réunissait contre lui, tout, jusqu'aux privations qu'il s'imposait, afin de ne pas rendre son séjour à Paris trop onéreux pour sa famille. Il succomba le 20 avril 1842.

Vous vous rappelez, Messieurs, combien fut grand le

nombre de ceux qui l'accompagnèrent à son dernier asile ; malgré l'éloignement, une chaleur accablante, tous ses amis, tous ceux qui avaient connu cette nouvelle funeste, vinrent se ranger derrière le cercueil. — Les rangs étaient pressés ; chacun suivait en silence, et plein d'angoisses, le char funèbre qui emportait un ami tombé dans la lutte. Du sein de cette foule, aucune parole ne fut prononcée, car il n'y avait personne qui fût assez sûr de lui-même pour n'avoir pas à craindre que des pleurs ne vinssent à étouffer sa voix, et quelle voix eût été assez puissante pour troubler un pareil silence !

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LES BULLETINS DE L'ANNÉE 1842.

A.

Abcès du cerveau. 444, 508.
 — métastatiques. 45, 112.
 — urinaires. 16.
 Albumineuse (néphrite). 212.
 Analyse d'un sérum lactescent. 214.
 Anévrysme de l'aorte. 49, 93, 143, 207.
 — de l'artère cérébrale postérieure. 142.
 Ankylose (tumeur blanche terminée par). 45.
 — du genou. 263.
 Ankyloses multiples. 14.
 Anomalies. 145.
 — du cœur. 342.
 — de l'iris. 337.
 — de situation du rein. 81, 306.
 Anus contre nature. 339.
 Aorte (anévrisme de l'). 49, 93, 143, 207.
 Appendice iléo-ombilicale. 206.
 Avortement. 109.

B.

Bassin (déformation rachitique du) 211.
 — (Étroitesse sans déformation du). 273.
 — (fractures du). 77.
 — (Rétrécissement du). 26.
 — Vicié par ostéomalacie.
 Bronches (dilatation des). 46, 251.

C.

Cal (adhérence descendans au). 339.
 Calcanéum (fracture du). 85.
 Calculs vésicaux. 149, 269.
 Cancer du fémur. 149.
 — de la mâchoire inférieure. 78.
 — du rectum. 15.
 — du sinus maxillaire. 212.
 — du testicule. 410.
 — de la vessie. 22.
 — colloïde de l'estomac. 146.
 — ulcéré du sein. 7.
 Cancéreuse (diathèse). 450.
 — dégénérescence d'un bubon syphilitique. 328.
 Capsule surrénale tuberculeuse. 53.

Cérébrale (anévrisme de l'artère) 112.

Cerveau (abcès du). 444, 508.
 — (Plaie du). 345.
 — (Ramollissement aigu du) 38.
 Césarienne (opération). 211.
 Cholérodoque (imperforation du canal). 52.
 Chute de l'utérus. 149.
 Cirrhose du foie. 358.
 Cœcum (squirrhe du). 285.
 Cœur (hypertrophie du). 251, 506, 521.
 — (ossification du valvules du) 544.
 — (polype des). 475.
 — (rétrécissement des orifices du). 506, 538, 544.
 — simple. 145, 512.

Colloïde (cancer de l'estomac). 146.

Colon (cancer du). 22.
 Colonne vertébrale (fracture de la). 83.

Coloration noire des poumons. 213.
 Compte-rendu des travaux de la Société. 361.

Congénitale (hernie). 80.
 — ichthyose. 348.

Contusion du cerveau. 45.
 Convulsions (différents, suite de) 14.

Corps étrangers dans l'intestin. 274, 285.
 — fibreux de l'utérus. 82.
 — du sinus maxillaire. 209.

Corpus luteum. 261.
 Crâne (fracture du). 14, 83.
 — (squelette des os du). 142.
 Crurale (hernie chez un fœtus). 208.

Cyanose. 145, 180.
 Cystotomie uréthro-vaginale. 149.

D.

Déchirure des viscères. 176.
 Dentaire (nerf-inférieur) 56.
 Desquamation générale. 207.
 Déviation des os. 14.
 Diathèse cancéreuse. 450.

— tuberculeuse. 277.
Dilatation des bronches. 16, 251.

E.

Echinocoques. 226, 247, 264.
Éléphantiasis de la vulve. 270.
Eloge funèbre de Rogée. 297.
— de Renauldin. 403.
— de Belin. 411.
— de Bourgoing. 414.
Embryon (résorption de l'). 40-9
Emphyseme pulmonaire. 251.
— pendant l'accouchement. 246.
— sous-cutané. 53.
— spontané. 142.
Encéphaloïde. 22, 110, 271.
Endocardite. 221.
Erectile (lipôme dégénéré en tissu).
208.
Estomac (cancer colloïde de l'). 146.
— (Perforation de l'). 39.
— Phlegmon de l') 178.
Etranglement d'une hernie crurale.
274.
Exostose du fémur. 141.
Extroversion de vessie. 213.

F.

Fémur (altération particulière du).
58.
— (Cancer du). 119.
— (Exostose du). 141.
— (Fracture du col du). 80, 130.
— — de la tête du). 77.
Fièvre typhoïde chez un vieillard.
335.
— (Perforation). 337.
Fibreux (corps des sinus maxil-
laires). 209.
— (Polype de l'utérus). 209.
Fistule recto-vésicale. 214.
— (urinaire). 270.
Fœtal (kyste). 143.
Fœtus (hernie crurale chez un).
208.
Foie (abcès du). 144.
— (Cirrhose du). 538.
— (Hydatides du). 247.
Fongus de la colonne vertébrale.
309.
— des os du crâne. 142.
Fracture de l'avant-bras. 101, 339.
— du col du fémur. 80, 130.
— du crâne. 14.
— multiple. 77, 83.
— de l'épaule. 339.

G.

Gangrène du médiastin. 142.
— spontanée. 271, 324.
Genou (ankylose du). 263.
— (Tumeur blanchâtre du). 70.
Grasse (matière dans le sang). 244.
Grossesse extra-utérine. 126.

H.

Hématocèle. 53.
Herniaire (collet du sac). 174.
— sac double). 175.
— tumeur (osseuse dans les pa-
rois du sac). 51.
Hernie crurale chez un fœtus. 208.
— étranglée. 274.
— inguinale chez un nouveau-
né. 80.
— étranglée. 225.
— obturatrice étranglée. 264.
— disposition des vaisseaux en
rapport avec la). 54.
— ombilicale. 357.
— graisseuse. 304.
— de la trompe de Fallope. 145.

I.

Hydatides dans divers organes. 235.
— du foie. 247.
Hydatique (tumeur des lombes).
303.
Hydronephrose. 213.
Hypertrophie du corps thyroïde.
178.
— du cœur. 251, 306.
Ictère des nouveau-nés. 52.
Ichthyose congénitale. 348.
Iléo-ombilicale (appendice). 206.
Imperforation du canal cholédoque.
52.
Intestin (déchirure de l'). 196.
— (Obilération de l'). 219.
— (Obstruction de l'). 338.
— (Rétrécissement de l'). 175.
Intestinale (perforation). 337.
Iris (anomalie de l'). 337.

K.

Kyste fœtal. 143.

L.

— de l'ovaire. 158, 261.
— de l'utérus. 455.
Lipôme dégénéré en tissu érectile.
208.
Luteum (corpus). 261.
Lymphatiques (vaisseaux autour
d'une ulcération cancéreuse). 78.
— (Absorption du pus par les).
142.

M.

Mâchoire inférieure (cancer de la).
Maxillaire (cancer du sinus). 209.
— (corps fibreux du sinus). 212.
Médiastin (diagnostic des maladies
du). 345.
— (Gangrène du). 142.
Meningite purulente. 342.
Moelle (ramollissement de la). 221.
Morve aiguë. 341.

- chronique chez l'homme. 17.
- 54.
- chez le cheval. 17.

N.

- Nasales (. affection strumeuse des fosses). 207.
- Néphrite albumineuse. 212.
- Nerf dentaire inférieur. 58.
- Nominations de membres de la Société. 111, 218.
- Nouveau-né (hernie inguinale chez un), 80.
- Nouveau-nés (pemphigus des). 175.

O.

- Oblitération de l'intestin. 219.
- Obstruction intestinale. 238.
- Obturatrice (hernie) étranglée. 54.
- disposition des vaisseaux dans la hernie. 54.
- Occipitale (tumeur encéphaloïde). 271.
- Ombilicale (appendice). 206.
- (hernie). 334, 337.
- Omoplate (fracture de l'). 339.
- Opération césarienne. 211.
- Oreille (polype de l'). 503.
- Os (déviation des) 14.
- Ossification des parois d'un sac herniaire. 51.
- Ossiformes (granulations) du placenta. 304.
- Ostéomalacie du bassin. 216.
- Ostéo-sarcome, 208.
- Ovaire (kyste de l'). 158, 261.

P.

- Paire de nerfs (compression de la cinquième). 112.
- (destruction de la troisième). 112.
- Peau (altération congéniale de la).
- Pemphigus des nouveau-nés. 175.
- Perforation de l'estomac. 39.
- intestinale. 337.
- Péricardite. 274, 314.
- Péritonite. 158, 285.
- Phlébite. 208, 272, 298.
- Phlegmon de l'estomac. 175.
- Phthisie pulmonaire. 55, 298.
- Pied (tumeur blanche du). 78.
- Pied-bot. 214.
- Pityriasis général. 110.
- Placenta adhérent. 57.
- (caillots fibrineux dans le). 308.
- (granulations ossiformes du). 304.
- Plaie par arme à feu. 192, 545.
- Pneumonie des enfants à la mamelle. 52.
- lobulaire. 321.

- Polype du cœur. 173.
- de l'oreille. 305.
- de l'utérus. 209.
- Poumons (coloration noire des). 215.
- Pulmonaire (emphysème). 251.
- Purpura. 344.

Q.

- Quinine (sulfate de) dans le rhumatisme. 342.

R.

- Rachitisme. 214.
 - Radius (fracture de l'extrémité inférieure du) 101.
 - Ramollissement du cerveau. 36.
 - de la moelle. 221.
 - Rapport (cancer de la vessie). *Gaubric*. 50.
 - (ramollissement cérébral). *Durand-Fardet*. 44.
 - (altération du fémur. *Pigné*). 65.
 - (fracture du sternum, etc. *Maunoury*). 81.
 - (anévrisme de l'aorte. *A. Turdieu*). 97.
 - (grossesse extra-utérine. *Rendu*). 128.
 - (cancer de l'estomac. *Cosstikes*). 146.
 - (chule de l'utérus. *Gosselin*). 155.
 - (plaie par arme à feu. *Pigné*). 200.
 - (hernie étranglée. *Gosselin*). 235.
 - (echinocoques. *Livois*). 281.
 - (ichthyose congéniale *Dequevauxviller*). 355.
 - Rectum (cancer du). 15
 - Recto-vésicale (fistule). 214.
 - Rein (déplacement du). 81, 306.
 - Rétrécissement du bassin. 56.
 - de l'intestin. 175, 219.
 - des orifices du cœur. 358.
 - de l'urèthre. 16, 295.
 - Rhumatisme aigu (traitement du). 342.
 - Rotulien (hématocele sous le ligament). 55.
 - Rupture de l'urèthre. 16.
 - d'un kyste de l'ovaire. 158.
- S.
- Sac (collet du) herniaire. 174.
 - herniaire double. 175.
 - Sang (matière grasse dans le). 214.
 - Scrofuleuse (affection) des fosses nasales. 207.
 - Sein (cancer du). 78.
 - Sérum lactescent. 214.
 - Sinus maxillaire (corps fibreux du). 209.

Sinus maxillaire (cancer du). 212.
 Spina bifida. 214, 308, 307.
 Squirrhe du cœcum. 285.
 — du cuir chevelu. 144.
 Sternum (fracture du). 83.

T.

Tendons (section et cicatrisation des). 79.
 Testicule (cancer du). 110.
 — (tubercules du). 501.
 Thyroïde (hypertrophie du corps). 478.
 Tibia (ostéo-sarcome du). 208.
 Trachée (ulcérations morveuses de la trachée). 17.
 Trépan. 144.
 Trochanter (perforation du grand). 192.
 Trompe de Fallope (hernie de la). 145.
 Tubercules de la capsule surrénale. 53.
 — des vertèbres. 56.
 — des testicules. 501.
 Tuberculeuse (diathèse). 166, 277.
 Tumeur blanche. 13, 78.
 Tympanite. 336.
 Typhoïde (fièvre). 335, 337.

U.

Ulérations cancéreuses. 78.
 — morveuses. 17.
 Ulcère (absorption du pus d'un). 142.
 Urèthre (rétrécissement de l') 16, 285.
 Urèthre (rupture de l'). 16.
 Uréthro-vaginale cystotomie. 149.
 Urinaire (fistule urinaire). 270.
 Utérus (corps fibreux de l'). 82.
 — (des maladies de l'). 70.
 — (kyste de l'). 135.
 — (chute de l'). 149.
 — (polype fibreux de l'). 209.

V.

Valvules (altérations des). 144.
 Variole congénitale. 306.
 Veines ushépatisées (abcès des). 141.
 Vertèbres (tubercules des). 56.
 Vésicaux (calculs). 269.
 Vessie (cancer de la) 22.
 — (extroversion de) 213.
 — multiloculaire. 14, 53.
 Voies aériennes (lésions des) dans la morve chronique). 17.
 Vulve (éléphantiasis de la). 270.

Noms des auteurs.

Aubry, 83, 143, 345.
 Bailly, 314.
 Barib, 69.
 Bérard (Aug.), 78, 81, 82.
 Blanchot, 49.
 Boudet,
 Bourdon, 176, 225.
 Caron, 217.
 Castelnau (de), 231, 274.
 Chassaignac, 141, 208, 337, 339.
 Comin, 109.
 Contour, 93, 303, 337, 338, 341.
 Costilhes, 146.
 Cruveilhier, 142, 345.
 Dequise, 180.
 Deldire, 215.
 Delpech, 112, 166, 305.
 Demours, 14, 51, 54, 56, 80, 142, 174, 175, 357, 340.
 Demouilliers, 15, 53, 78, 110, 270, 274, 301.
 Depaul, 58, 57, 175, 208, 211, 213, 216, 275, 304, 307.
 Depuisaye, 173, 207, 214, 342.
 Dequevaucviller, 355.
 Des Etangs, 207.
 Deville, 268, 308.
 Dupertuis, 148.
 Durand-Fardel, 44, 70, 342.
 Fauraytier, 192.
 Ferra, 149.
 Figuière, 21, 101.
 Gaubric, 14, 30, 56, 209.
 Gaucher, 126, 178.
 Geletz, 285.
 Giralddes, 56.
 Gosselin, 153, 208, 235.
 Grenier, 321.
 Guéneau de Mussy (Henri), 119.
 Guignard, 175.
 Jamain,
 Lacroix, 68.
 Lambon, 111, 272.
 Legendre, 16.
 Lhommeau, 33, 52.
 Livois, 53, 54, 110, 143, 212, 281, 306, 355, 344.
 Maunoury, 77, 91, 175.
 Mercier, 11.
 Milcent, 277, 509.
 Millet, 56.
 Moreau, 150.
 Neucourt, 235.
 Oulmont, 143, 356.
 Pasquier (Alph.), 271.
 Pigné, 14, 53, 65, 68, 143, 200, 209.
 Potier, 328.
 Rendu, 13, 58, 126, 142.
 Ripault, 261, 269, 301.

Robert, 208.

Rotureau, 135.

Souty, 348.

Tardieu (Ambroise), 47, 54, 97, 207,
243.

Tassignot, 15, 144, 270, 271.

Thibaut, 453.

Thore, 143, 206, 219, 306, 312.

Tricon, 221, 256.

Veilleux, 330.



UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05941 6522



